

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2020

THESE N° 2020 LYO 1D 083

T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 16 décembre 2020

par

WALSCHAERTS Axelle

Né le 16 juillet 1997, à Paris 19^{ème} (75)

**Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires et de la Permanence d'Accès
aux Soins de Santé du CHU de Lyon : Analyse de l'activité de l'année
2019 et Comparaison avec l'année 2018**

JURY

M. Jean-Christophe FARGES	Président
M. Cyril VILLAT	Assesseur
M. François VIRARD	Assesseur
<u>Mme. Julie SANTAMARIA</u>	<u>Assesseur</u>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2020

THESE N° 2020 LYO 1D 083

T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 16 décembre 2020

par

WALSCHAERTS Axelle

Né le 16 juillet 1997, à Paris 19^{ème} (75)

**Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires et de la Permanence d'Accès
aux Soins de Santé du CHU de Lyon : Analyse de l'activité de l'année
2019 et Comparaison avec l'année 2018**

JURY

M. Jean-Christophe FARGES	Président
M. Cyril VILLAT	Assesseur
M. François VIRARD	Assesseur
<u>Mme. Julie SANTAMARIA</u>	<u>Assesseur</u>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Administrateur provisoire

M. le Professeur F. FLEURY

Président du Conseil Académique

M. le Professeur H. BEN HADID

Vice-Président du Conseil d'Administration

M. le Professeur D. REVEL

Vice-Président de la Commission Recherche
du Conseil Académique

M. le Professeur J.F. MORNEX

Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire
du Conseil Académique

M. le Professeur P. CHEVALIER

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Directeur : M. le Professeur G. RODE

Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud

Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON

Charles Mérieux

Faculté d'Odontologie

Directrice : Mme. la Professeure D. SEUX

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR des Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives

Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1

Directeur : M. le Professeur C. VITON

POLYTECH LYON

Directeur : M. E. PERRIN

Institut de Science Financière et d'Assurances

Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences

INSPE

Administrateur provisoire : M. P. CHAREYRON

Observatoire de Lyon

Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL

CPE

Directeur : M. G. PIGNAULT

GEP

Administratrice provisoire: Mme R. FERRIGNO

Informatique (Département composante)

Directeur : M. B. SHARIAT

Mécanique (Département composante)

Directeur : M. M. BUFFAT

UFR FS (Chimie, mathématique, physique)

Administrateur provisoire : M. B. ANDRIOLETTI

UFR Biosciences (Biologie, biochimie)

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyenne : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vices-Doyens : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, Maître de Conférences

SOUS-SECTION 56-01 : **DENTO-FACIALE**

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE

Professeur des Universités :
Maître de Conférences :

Maître de Conférences Associée

M. Jean-Jacques MORRIER
Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE
Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 :

PRÉVENTION - EPIDÉMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur des Universités
Maître de Conférences
Maître de Conférences Associé

M. Denis BOURGEOIS
M. Bruno COMTE
M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 :

CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités :
Maîtres de Conférences :

Maître de Conférences Associé

M. J. Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH
Mme Anne-Gaëlle CHAUX, M. Thomas FORTIN,
M. Arnaud LAFON, M. François VIRARD
M. BEKHOUCHE Mourad

SOUS-SECTION 58-01 :

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeurs des Universités :

Maître de Conférences :

Maîtres de Conférences Associés

M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT,
M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M. Olivier
ROBIN, Mme Dominique SEUX, M. Cyril VILLAT
M. Maxime DUCRET, M. Patrick EXBRAYAT, M. Christophe
JEANNIN,
Mme Marion LUCCHINI, M. Renaud NOHARET, M. Thierry SELL, I,
Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT, M. Gilbert VIGUIE

M. Hazem ABOUELLEIL,

SECTION 87 :

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

REMERCIEMENT

A notre président du jury,

FARGES Jean-Christophe

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon 1

Responsable de la sous-section Sciences Biologiques

Habilitation à Diriger des Recherches

*Nous sommes reconnaissantes pour l'honneur que
vous nous faites de présider notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions pour votre accompagnement
lors de ces années au Centre de soins.*

Au membre de notre jury,

VILLAT Cyril

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien interne en Odontologie

Docteur de l'Ecole Centrale Paris

Habilitation à Diriger des Recherches

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer
à notre jury de thèse.*

*Nous vous exprimons notre gratitude pour votre
enseignement, votre aide et vos conseils à la faculté,
lors des TP et au Centre de soins.*

Au membre de notre jury,

VIRARD François

Maître de Conférences à l'Ufr d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon 1

*Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger
dans notre jury de thèse.*

*Nous vous exprimons notre reconnaissance pour
votre implication dans notre apprentissage en pré-
clinique et en clinique.*

Au membre de notre jury et directrice de thèse,

SANTAMARIA Julie

Ancien Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Docteur en Chirurgie Dentaire

Praticien-Hospitalier

Nous vous remercions d'avoir acceptée de diriger ce travail et pour votre aide tout au long de ce projet.

Nous vous exprimons notre gratitude pour votre accompagnement, votre disponibilité et votre gentillesse à la faculté, au centre de soins et lors de ces journées aux urgences dentaires.

Table des matières

Introduction	1
1. Organisation des Urgences Odontologiques et Cadre Juridique.....	2
1.1. Cadre Juridique	3
1.1.1. Obligation de porter secours en cas d'urgence vitale.....	3
1.1.2. Obligation de permanence de soins	4
1.1.3. Devoir de continuité de soins.....	4
1.1.4. Respect du patient et Absence de discrimination	5
1.1.5. Confraternité	5
1.1.6. Secret médical.....	6
1.1.7. Les Droits du patient.....	6
1.2. Permanence d'Accès aux Soins de Santé	7
1.3. Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires et de la PASS du CHU de Lyon .	10
2. Classification des Urgences Odontologiques	13
2.1. Urgences inflammatoires d'origine endodontique.....	13
2.1.1. Pulpite réversible	14
2.1.2. Pulpite irréversible.....	15
2.1.3. Syndrome mixte et nécrose pulpaire.....	16
2.2. Urgences infectieuses	16
2.2.1. Parodontite apicale.....	16
2.2.2. Abscessus apical aigu.....	16
2.2.3. Péricoronarite	17
2.2.4. Cellulites	18
2.3. Urgences d'origine parodontale.....	19
2.3.1. Syndrome du septum.....	19
2.3.2. Maladies Parodontales Ulcéro Nécrotiques	20
2.3.3. Abscessus parodontaux	20
2.4. Ostéites alvéolaires	21
2.5. Hémorragie	21

2.6. Traumatismes alvéolo-dentaires.....	21
2.6.1. Traumatismes des tissus durs dentaires.....	22
2.6.2. Traumatismes des tissus parodontaux et osseux.....	24
2.7. Autres.....	27
3. Analyse de l'activité du service des Urgences Dentaires de l'année 2019 ...	28
3.1. Analyse de l'activité sur l'année 2019.....	28
3.1.1. Fréquence	28
3.1.2. Répartition des patients selon l'âge et le sexe	30
3.1.3. Répartition selon le type d'urgences	32
3.1.4. Répartition des types d'urgences selon l'âge des patients.....	35
3.1.5. Actes cotés.....	37
3.2. Comparaison avec l'activité de l'année 2018.....	38
3.2.1. Fréquence	38
3.2.2. Répartition selon l'âge et le sexe des patients	39
3.2.3. Répartition selon le type d'urgences	41
3.2.4. Répartition des types d'urgences selon l'âge des patients.....	43
3.2.5. Actes cotés.....	44
4. Analyse de l'activité de la PASS sur l'année 2019 et comparaison avec l'année 2018	45
4.1. Analyse de l'activité sur l'année 2019.....	45
4.1.1. Fréquence	45
4.1.2. Répartition selon l'âge et le sexe des patients	46
4.1.3. Répartition selon le type de soins	47
4.1.4. Actes cotés.....	48
4.2. Comparaison avec l'activité de l'année 2018.....	49
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des PASS dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes	9
Tableau 2 : Classification de Baume (Baume et Fiore-Donno, 1962)	14
Tableau 3 : Récapitulatif des signes des parodontites apicales	17
Tableau 4 : Classification des traumatismes d'Andreassen	22
Tableau 5 : Protocoles en fonction du temps extra-alvéolaire et de la maturité de la dent.....	26
Tableau 6 : Nombre moyen des consultations par jour	29
Tableau 7 : Analyse du nombre de consultations par mois	29
Tableau 8 : Classement des pathologies des consultations d'urgence.....	32
Tableau 9 : Nombre moyen de consultation pour une urgence prothétique en fonction du jour de la semaine	34
Tableau 10 : Âge médian en fonction des différents types de pathologies	35
Tableau 11 : Graphiques illustrant la répartition des pathologies en fonction de l'âge des patients	36
Tableau 12 : Les 10 actes les plus réalisés en 2019	37
Tableau 13 : Comparaison du nombre de consultations	38
Tableau 14 : Comparaison du nombre moyen des consultations par jour.	38
Tableau 15 : Graphiques illustrant la répartition journalière et mensuelle des consultations en 2018 (à gauche) et en 2019 (à droite).....	39
Tableau 16 : Graphiques illustrant la répartition des patients par âge en 2018 (à gauche) et en 2019 (à droite).	40
Tableau 17 : Graphiques illustrant la répartition des patients par genre et du croisement âge/genre entre 2018 (à gauche) et 2019 (à droite).....	40
Tableau 18 : Classement des pathologies des consultations d'urgence de l'analyse de l'année 2018.....	41
Tableau 19 : Graphiques illustrant la distribution des consultations par pathologie en 2018 et 2019.....	42
Tableau 20 : Graphiques illustrant la répartition des pathologies en fonction de l'âge des patients en 2018.....	43

Tableau 21 : Liste des 10 actes les plus réalisés sur l'année 2018	44
Tableau 22 : Classement des motifs de consultations	47
Tableau 23 : Liste des 10 actes les plus pratiqués dans le cadre de la PASS en 2019	48
Tableau 24 : Graphiques sur l'analyse de l'activité de la PASS en 2018	49

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition journalière des consultations en 2019	29
Graphique 2 : Répartition mensuelle des consultations	30
Graphique 3 : Répartition des patients par âge	31
Graphique 4 : Répartition des patients par genre	31
Graphique 5 : Répartition des patients par âges et genre	32
Graphique 6 : Répartition des consultations par type d'urgences.....	33
Graphique 7 : Distribution des consultations par pathologies.....	34
Graphisme 8 : Répartition mensuelle des consultations.....	45
Graphique 9 : Répartition par âge des patients	46
Graphique 10 : Répartition des patients par genre.	46
Graphique 11 : Répartition des patients selon l'âge et le genre	47
Graphique 12 : Distribution des consultations selon le motif.....	48

Introduction

Dans le domaine de la santé, une urgence “peut se définir comme une situation pathologique aiguë pouvant mettre en jeu à court terme, d’une part le pronostic vital, d’autre part le pronostic fonctionnel” (1).

Toutefois, les urgences dentaires impliquant rarement le pronostic vital, le principal motif de consultation est la douleur.

D’après l’Association Internationale pour l’étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes" (2).

En France, nous retrouvons plusieurs structures assurant la prise en charge des urgences dentaires, allant des cabinets libéraux aux services hospitaliers.

Comme évoqué dans la thèse de Virginie VALAT (3), il existe peu d’études et d’analyses sur les services d’accueil des urgences dentaires, la plupart ayant été faites dans le cadre d’une thèse. Le présent travail s’inscrit dans la continuité de cette thèse, afin d’objectiver les changements occasionnés par la nouvelle organisation du service et s’il y a une répétition des phénomènes observés sur l’année 2018 (sex ratio, fréquences, etc...).

Dans un premier temps, nous détaillerons l’organisation et le cadre juridique des urgences dentaires, puis nous décrirons la classification des principales urgences. Enfin, nous analyserons les résultats obtenus lors de l’étude de l’activité du service en 2019 et les comparerons avec ceux de l’année 2018.

1. Organisation des Urgences Odontologiques et Cadre Juridique

Les urgences odontologiques en France dépendent de plusieurs organismes qui les contrôlent et/ou les organisent. La Loi régit les modalités des urgences mais la logistique est gérée à l'échelle des départements.

C'est au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du département qu'il incombe l'organisation de la permanence des soins, par la mise en place d'un système de garde les jours fériés et le dimanche.

Le système de garde consiste en un roulement par les chirurgiens-dentistes libéraux (moins de 2 jours par an) pour permettre une continuité des soins lors de la fermeture des cabinets. En fonction des départements, on retrouve un ou plusieurs chirurgiens-dentistes de garde.

Pour le département du Rhône, les gardes sont renseignées comme suit sur le site du Conseil de l'Ordre (4) :

- de 9h00 à 12h00 et de 15h00 à 18h00 pour les secteurs LYON et SUD et,
- de 9h00 à 13h00 pour le secteur NORD.

Dans l'Isère, les gardes sont assurées le dimanche et les jours fériés de 9h00 à 13h00.

En plus de ce système de garde, des services hospitaliers accueillent également les urgences odontologiques. Ces services reçoivent les patients avec ou sans rendez-vous, selon des heures d'ouverture définies, la plupart du temps du lundi au vendredi, voir le samedi. On les retrouve principalement dans les grandes villes disposant d'une faculté d'odontologie.

La région Rhône-Alpes dispose de l'Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires du CHU de Lyon.

Le Comité de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires a aussi un rôle dans le contrôle du bon déroulement de la permanence des soins et de la coopération des participants. Il est co-présidé par le préfet de département et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (5).

Article R6313-1 du Code de la Santé Publique (6) :

« Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6. »

1.1. Cadre Juridique (6) (7) (8) (9) (10) (11)

Les devoirs du chirurgien-dentiste sont définis par le Code de la Santé Publique et le Code Déontologique de sa profession. Le Code Déontologique fait en réalité partie du Code de la Santé Publique depuis 1945. Ces deux codes régissent le cadre juridique des urgences dentaires et de la permanence des soins.

Nous retrouvons dans ces codes plusieurs articles de loi donnant les obligations, les devoirs et les droits du praticien envers le patient lors d'une consultation en urgence ou lors d'un rendez-vous programmé.

1.1.1. Obligation de porter secours en cas d'urgence vitale

Article R4127-205 du Code de la Santé Publique :

“Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés.”

Cet article place le chirurgien-dentiste, comme tout professionnel de santé, comme une personne ayant l'obligation de secourir un individu dont la vie est en danger, de part ses connaissances sur les soins d'urgence. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste doit être en possession de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2). Cette attestation fait l'objet d'une formation renouvelable afin de maintenir et réactualiser les connaissances.

L'Article R4127-205 est complémentaire à l'Article 223-6 du Code Pénal sur l'absence d'assistance d'une personne en danger :

“Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.”

Cette situation a néanmoins rarement lieu lors des urgences odontologiques, ces dernières entraînent peu de risque vital. L'urgence pouvant être un danger pour le patient est la cellulite,

mais si le pronostic vital est engagé, ce n'est alors plus une urgence dentaire mais une urgence médicale nécessitant une prise en charge dans un service hospitalier adapté.

L'application des gestes appris lors de la formation AFGSU se produit essentiellement lors d'évènements à la suite de soins.

1.1.2. Obligation de permanence de soins

Article R4127-245 du Code de la Santé Publique :

“Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien.”

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de participer au système de garde pour assurer la permanence des soins. Les exemptions mentionnées dans l'article pour un chirurgien-dentiste sont par exemple, une spécialisation du praticien qui ne dispose alors plus du matériel et de l'expérience pour la prise en charge des urgences.

1.1.3. Devoir de continuité de soins

Article R4127-232 du Code de la Santé Publique :

“Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

- *De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;*
- *De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.”*

Le praticien a le droit de refuser de soigner un patient, à condition que ce refus ne porte pas préjudice à ce dernier et il a le droit d'obtenir son dossier médical. Cependant, ce refus ne doit pas avoir lieu en cas d'urgence, ce qui amène la question de la définition de l'urgence : parle-t-on d'urgence vitale ou d'urgence douloureuse, l'appréciation de cette dernière étant subjective (différente entre le ressenti du patient et le point de vue du praticien) ?

1.1.4. Respect du patient et Absence de discrimination

Article R4127-202 du Code de la Santé Publique :

“Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.”

Article R. 4127-211 du Code de la Santé Publique :

“Le chirurgien-dentiste soigne avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, situation sociale ou de famille, leurs mœurs, leur handicap, leur réputation, et même les sentiments qu'il éprouve à leur égard.”

De par sa profession sociale et médicale, le chirurgien-dentiste doit au patient un respect de sa personne et de son corps, et ne doit pas lui nuire par ses propos ou ses soins. Le respect de la personne passe également par l'absence de discrimination du praticien envers le patient, que ce soit pour des raisons économiques, sociales ou culturelles. Il est interdit de refuser un soin pour ces motifs.

1.1.5. Confraternité

Article R 4127 -261 du Code de Déontologie :

“Les chirurgiens-dentistes se doivent toujours une assistance morale. Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.”

Article R.4127- 265 du Code de déontologie :

“Lors d'une consultation d'urgence, le praticien se doit de donner les soins nécessaires mais ne doit pas prodiguer d'actes lourds non indispensables ou esthétiques. Il doit par la suite informer le praticien traitant dès son retour des soins réalisés, en accord avec le patient.”

Article R. 4127-253 du Code de déontologie :

“Le chirurgien-dentiste exerçant un contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Toutefois, si au cours d'un examen il se trouve en désaccord avec son confrère ou si un élément utile à la conduite du traitement a été porté à sa connaissance, il doit le lui signaler confidentiellement.”

Ces trois articles stipulent que le praticien recevant le patient en urgence doit être confraternel, c'est-à-dire qu'il ne doit pas critiquer son prédécesseur ou les soins réalisés par celui-ci et doit se limiter aux soins nécessaires pour soulager le patient.

1.1.6. Secret médical

Article L.1110-4 du Code de la Santé Publique :

“Tout le personnel médical ayant accès au dossier médical d’un patient est soumis au secret professionnel.”

Article R.4127-206 du Code de la Santé Publique :

“Le secret professionnel s’impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l’exercice de sa profession, c’est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu’il a vu, entendu ou compris.”

Le secret médical, qui est une obligation pour le praticien et un droit pour le patient, prévaut également lors de la prise en charge en urgence. Toute information que le chirurgien-dentiste obtient de la séance de soins est confidentielle et propre au patient. Si le praticien juge que des informations doivent être fournies au praticien habituel du patient, il doit préalablement lui demander son autorisation.

1.1.7. Les Droits du patient

Article L.1110-5 du Code de la Santé Publique :

“Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l’urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l’efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.”

Cet article stipule que tout patient a le droit, lors d’une consultation en urgence, à la même attention et aux mêmes soins que lors d’un rendez-vous planifié. Dans la réalité, ce point peut être compliqué à appliquer pour le praticien, qui doit rajouter le patient dans son planning souvent déjà complet.

D’après l’Arrêt MERCIER, cour de cassation, du 20 mai 1936 :

“Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l’engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n’a d’ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l’énoncé le moyen de pourvoi, mais consciencieux, attentifs et réserves faites des circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la Science.”

Article R4127-233 du Code de la Santé Publique :

“Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

- *A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ;*
- *A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui.”*

Article L.1111-2 du Code de la Santé Publique :

“Le chirurgien-dentiste doit à son patient une information intelligible et loyale.”

L'Arrêt Mercier et les articles cités soulignent les points clés du contrat qui se forme entre le praticien et le patient. Le chirurgien-dentiste doit une information claire, complète et compréhensible au patient. Il a l'obligation d'utiliser tous les moyens à sa disposition pour soigner le patient, sans pour autant avoir une obligation de réussite. Les soins prodigués en toute sécurité doivent être en accord avec les données acquises de la science, c'est-à-dire validées par la science, et non pas les données dites “actuelles” que l'on peut retrouver lors de conférences par exemple.

1.2. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (6) (7) (12) (13) (14)

Article L6112-6 du Code de la Santé Publique :

“Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.”

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) intervient dans la “lutte contre la pauvreté et sa volonté de prévenir et corriger les mécanismes de ségrégation sociale comme territoriale” (12) du gouvernement.

Elle s'intègre aux missions d'intérêt général de santé publique de la région. Elle est entièrement financée par l'ARS, et non par l'hôpital l'hébergeant, en ce qui concerne le matériel, les installations et le personnel.

Créée à la suite de la Loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, la PASS est un dispositif d'accueil et de dispensation de soins pour les personnes nécessitant une prise en charge mais n'y ayant pas accès. Ces personnes peuvent être :

- ☐ sans droits,
- ☐ en attente de droits,
- ☐ en rupture de droits,
- ☐ en droits partiels mais ne peuvent payer le ticket modérateur,
- ☐ sans domicile fixe ou en isolement social.

Pour l'ensemble de ces personnes, la PASS offre une prise en charge médico-sociale décrite dans l'article L1411-11 du Code de la Santé Publique, à savoir : un accès gratuit aux soins, examens et médicaments prescrits, un accompagnement et une aide à la compréhension du parcours de santé, un accompagnement social et une aide dans les démarches pour l'obtention de leurs droits. L'accompagnement social et l'obtention de leurs droits ne se limitent pas aux soins et à la sécurité sociale, mais concernent également l'accès aux ressources comme l'alimentation, le logement et l'éducation.

Article L1411-11 du Code de la Santé Publique :

“L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence Régionale de Santé conformément au schéma régional de santé prévu. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° L'éducation pour la santé.*

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.”

Chaque année, les PASS envoient un rapport à l'ARS sur leur organisation, leur personnel, les patients accueillis et les soins prodigués. Grâce à ces rapports, l'ARS peut réorganiser les ressources en fonction des besoins.

Les PASS sont en majorité (environ 80%) des PASS de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) mais il existe également des PASS spécialisées en dentaire, psychiatrie, pédiatrie, dermatologie et ophtalmologie. Au niveau national, on dénombre 450 PASS MCO.

En France, la région Auvergne-Rhône-Alpes dénombre le plus de PASS, derrière l'Ile-de-France (voir tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des PASS dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes

	PASS MCO	PASS Psychiatrique	PASS Dentaire	PASS Pédiatrique	Total
AIN	2	1			3
ALLIER	3				3
ARDÈCHE	3				3
CANTAL	2				2
DRÔME	6	1			7
ISÈRE	5	3			8
LOIRE	5		1		6
HAUTE LOIRE	2				2
PUY DE DÔME	5	1			6
RHÔNE	6	1	1	1	8
SAVOIE	2				2
HAUTE SAVOIE	5				5
TOTAL	46	7	2	1	55

Au niveau des PASS dentaires, les patients viennent soit pour une urgence, soit pour des soins en fonction du plateau technique à disposition. Les soins prothétiques et orthodontiques ne font pas partie des gestes pris en charge.

1.3. Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires et de la PASS du CHU de Lyon (3) (10)

L'unité d'accueil des urgences dentaires est l'une des trois structures prenant en charge les urgences odontologiques en France.

Jusqu'en 2006, les urgences odontologiques étaient accueillies sans rendez-vous au Service de Consultations et Traitements Dentaire, aux 6-8 rue Deperet dans le 7ème arrondissement de Lyon (maintenant appelé Centre de Soins Dentaires).

L'augmentation du nombre d'urgences et le côtoiement des activités de soins programmés avec les consultations sans rendez-vous ont engendré des problèmes et mené à la relocalisation des urgences. En octobre 2006, un service dédié aux urgences a été ouvert à l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le 2ème arrondissement de Lyon.

Ce service a de nouveau été relocalisé en septembre 2010, en raison de la fermeture de l'hôpital Hôtel-Dieu. Il est depuis implanté au Pavillon A de l'hôpital Edouard Herriot, au 5 place d'Arsonval dans le 3ème arrondissement de Lyon.

En plus de la prise en charge des urgences odontologiques (mais pas prothétiques), cette unité fait partie du réseau pour la permanence d'accès aux soins. Le fonctionnement de la PASS peut être qualifié de "tout-venant", les soins primant sur la capacité de paiement du patient. Ainsi, tout patient se présentant pour une urgence dentaire sera pris en charge, et une fiche de liaison sera rédigée et transmise à l'assistante sociale pour l'accompagnement du patient.

Une fois que l'assistante sociale s'est entretenue avec le patient, que des soins sont nécessaires et que l'attente jusqu'à l'ouverture de ses droits à la sécurité sociale est importante (plus de 3 semaines), des rendez-vous peuvent lui être proposés dans le service. Pour cela, un planning avec cinq vacations est mis en place : le mardi matin, le mercredi matin et après-midi et le jeudi matin et après-midi. Suite à une consultation PASS, et sur ordonnance, le patient peut se rendre au Pavillon K pour retirer gratuitement les médicaments prescrits.

Le service comporte cinq fauteuils dédiés aux soins d'urgence et un 6ème, financé par la PASS, pour les rendez-vous PASS ou les urgences. Il y a également une pièce pour la radiologie avec un orthopantomogramme et un fauteuil équipé d'un appareil radiologique pour les clichés intrabuccaux.

Le personnel du service comprend :

- 3 assistantes dentaires assurant l'accueil, l'enregistrement administratif des patients et participant à l'organisation du service,
- 1 ou 2 chirurgiens-dentistes enseignants et encadrants,
- 6 externes de 6ème année, 1 à 2 externes de 4 ou 5ème année, ainsi qu'un interne assurant la prise en charge des patients.

Antérieurement, l'accueil des patients avait lieu du lundi au vendredi de 8h45 à 11h00 et de 12h45 à 15h00, et le samedi de 8h45 à 11h00. Les urgences étaient également prises en charge dans le Service de Consultations et Traitements Dentaire de 16h00 à 18h00.

Depuis septembre 2018, le service est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00 sans interruption et le samedi matin de 8h45 à 11h00.

Lors de certaines vacances universitaires (essentiellement au mois d'août et lors de la période de Noël), le service d'urgence est délocalisé au Centre de Soins Dentaire, afin de prévenir les jours de grande fréquentation et avoir accès à plus de fauteuils.

En dehors de ces périodes, seules les urgences prothétiques et pédodontiques sont prises en charge sur des vacations bien définies.

Lors de son parcours dans le service, le patient interagit avec tout le personnel : il est en premier lieu accueilli par l'assistante, qui détermine s'il vient pour une urgence dentaire ou un rendez-vous programmé et crée son dossier administratif sur le logiciel DENTARES.

Il est ensuite ajouté à la liste des patients en salle d'attente et pris en charge par un étudiant externe disponible, selon l'ordre d'arrivée. A noter que ce système n'est plus d'actualité depuis la rentrée 2020.

Une fois pris en charge, le patient est amené dans l'un des box et questionné par l'étudiant externe sur le motif de consultation. L'externe réalise ensuite une anamnèse médicale et bucco-dentaire, avant de faire les examens extra et intra-buccaux ainsi que les examens radiologiques si nécessaire. Il reporte alors à son référent toutes les informations recueillies, son diagnostic hypothétique et les gestes qu'il préconise.

Après validation du référent, il explique au patient les soins qui doivent être prodigués et les réalise avec son accord (soins, ordonnance, conseils). La suite des soins n'est pas faite dans le

service (sauf programmation d'un rendez-vous de PASS) ; le patient devra prendre contact avec son dentiste ou prendre rendez-vous au Centre de Soins Dentaire.

L'enregistrement et le règlement des actes réalisés et inscrits sur la fiche du patient a lieu au bureau des entrées du service des urgences médicales.

2. Classification des Urgences Odontologiques (2)(8)(9)(15) (16)(17)(18)(19)(20)(21)(22)

Le pronostic vital des patients est rarement engagé lors des urgences odontologiques, mais ces dernières peuvent être invalidantes dans la vie quotidienne. Elles impactent en effet directement la vie du patient, du fait des douleurs non négligeables engendrées, et peuvent entraîner des effets à long terme en l'absence de prise en charge.

Classiquement, les urgences odontologiques se divisent en trois catégories :

- ☐ les urgences douloureuses (pulpite, cellulite, traumatisme, etc),
- ☐ les urgences esthétiques/prothétiques (descellement d'une couronne, fracture d'appareil, etc),
- ☐ les urgences psychologiques (patient anxieux, etc).

Dans le cadre de cette étude, nous nous focaliserons uniquement sur les principales urgences douloureuses, dont les origines peuvent être multiples. Les motifs de consultation peuvent être classés ainsi :

- ☐ douleur dentaire,
- ☐ infection,
- ☐ traumatisme,
- ☐ hémorragie,
- ☐ trouble de l'articulation temporo-mandibulaire,
- ☐ blessure par un appareil orthodontique,
- ☐ pathologie de la muqueuse buccale.

2.1. Urgences inflammatoires d'origine endodontique

La pulpe est un tissu conjonctif vascularisé entouré d'un tissu indéformable qui limite son expansion, appelé la dentine. Il s'agit également du tissu le plus densément innervé du corps humain.

Par sa constitution et sa localisation particulière, la pulpe possède un système de défense propre à elle-même qui peut entraîner des douleurs importantes. Face aux irritants, la pulpe réagit par une inflammation qui se manifeste par la formation d'un œdème. Ce dernier ne pouvant être drainé naturellement, la pression intra pulpaire augmente.

En cas d'agression, trois phénomènes peuvent être responsables des douleurs : la stimulation directe des fibres nerveuses lors de brèche de l'émail/dentine, la stimulation indirecte par des agents allogènes, exogènes ou endogènes, et l'augmentation de la pression intrapulpaire.

Face à cette symptomatologie, le chirurgien-dentiste peut s'aider de la classification décrite par Baume en 1962 : pulpe saine, pulpite réversible, pulpite irréversible et nécrose pulpaire.

Tableau 2 : Classification de Baume (Baume et Fiore-Donno, 1962)

Classe 1	Pulpes vivantes, sans symptomatologie, lésées accidentellement ou proche d'une carie ou d'une cavité profonde, susceptibles d'être protégées par coiffage.
Classe 2	Pulpes vivantes avec symptomatologie dont on tentera (surtout chez les jeunes) de conserver la vitalité par coiffage ou biopulpotomie.
Classe 3	Pulpes vivantes dont la biopulpectomie et l'obturation radiculaire immédiate sont indiquées pour des raisons symptomatologiques, prothétiques, iatrogènes ou pronostique.
Classe 4	Pulpes nécrosées avec, en principe, infection de la dentine radiculaire, accompagnée ou non de complications périapicales, exigeant un traitement canalaire antiseptique et une obturation apicale hermétique.

2.1.1. Pulpite réversible

Aussi appelée douleur dentino-pulpaire ou hyperhémie pulpaire, la pulpite réversible se présente comme une douleur aiguë, de courte durée et non spontanée. Elle traduit une agression de la pulpe d'origine variable : bactérie (lésion carieuse), dénudation radiculaire (perte de tissus dentaires ou parodontales), agent chimique ou physique (douleurs postopératoires causées par le mordantage de la dentine).

Le patient ressent des douleurs au contact du froid, lors de gestes quotidiens comme le contact des brins de la brosse à dents et lors de l'ingestion d'aliments sucrés. L'inflammation de la pulpe est à ce stade légère et réversible.

Le diagnostic repose sur l'absence de rémanence, c'est-à-dire la disparition des symptômes après la suppression du stimulus (exemple : test au froid).

Le traitement de l'urgence varie avec l'origine de l'agression :

- ❑ agression bactérienne (la plus fréquente) : après réalisation d'une anesthésie locale, procéder à l'éviction carieuse, la détersion et mettre en place une obturation temporaire étanche, dans l'attente d'un soin définitif.
- ❑ dénudation radiculaire : procéder à l'obturation des tubulis dentinaires à l'aide de vernis, d'adhésif ou d'une résine composite en fonction de la perte de substance observée.
- ❑ agent chimique/physique post-opératoire : rassurer le patient sur la disparition des douleurs dans un délai court.

En l'absence de traitement, l'inflammation pulpaire peut devenir irréversible.

2.1.2. Pulpite irréversible

La pulpite aiguë est une inflammation sévère de la pulpe due le plus souvent aux bactéries, bien qu'une étiologie chimique et/ou physique soit également possible. Cette inflammation est irréversible ; le retour à l'état initial suite à la suppression de l'agression n'est plus possible.

La symptomatologie reportée par le patient est une douleur spontanée, violente, pulsatile et irradiante. Il décrit un fond douloureux avec des épisodes paroxystiques. De plus, le patient n'est pas en capacité de désigner la dent causale. Le praticien doit donc être conscient des possibles douleurs référées.

La pulpite irréversible est exacerbée par les changements thermiques et la position en décubitus. Elle est résistante aux antalgiques.

Un des éléments de diagnostic est une douleur de plus de 30 secondes lors du test au froid.

L'objectif du traitement immédiat est de diminuer la pression générée par l'inflammation pulpaire dans l'espace clos défini par la dentine et de supprimer l'agent causal. Pour cela, on essaye d'obtenir le silence opératoire par anesthésie locale et, si nécessaire, loco-régionale. Après réussite de l'anesthésie, on procède à l'éviction du tissu carieux, la réalisation de la cavité d'accès endodontique avec l'élimination du parenchyme pulpaire caméral ou total, et la mise en place d'une médication (eugénol ou hydroxyde de calcium) et d'une obturation étanche et non compressive.

Dans un second temps, le traitement endodontique de la dent devra être réalisé si cette dernière peut être conservée. Sans suivi de la part du patient, une contamination de l'espace pulpaire et l'atteinte du parodonte apical peuvent se produire.

2.1.3. Syndrome mixte et nécrose pulpaire

Ce syndrome correspond aux cas particuliers où la pulpe est partiellement ou totalement nécrosée. Ce phénomène est souvent retrouvé sous des obturations profondes avec des résines composites volumineuses, ou à la suite d'une pulpite irréversible non traitées ou dont l'ouverture était insuffisante. Les signes cliniques vont du silence clinique total à des épisodes douloureux par vagues et une sensibilité thermique plus ou moins absente.

Le traitement et l'évolution sont les mêmes que ceux de la pulpite aiguë.

2.2. Urgences infectieuses

2.2.1. Parodontite apicale

La parodontite apicale est une inflammation du péri-apex résultant de l'agression de l'espace péri-apical par le passage de bactéries, de produits de traitement endodontique (débris d'instrumentations, solutions d'irrigation) ou le traumatisme du ligament alvéolodentaire (surocclusion, anesthésie intra-ligamentaire).

En fonction du niveau d'atteinte du péri-apex, on décrit plusieurs phases :

- ☐ parodontite apicale initiale (rarement rencontrée lors de consultation en urgences),
- ☐ parodontite apicale aiguë,
- ☐ parodontite apicale chronique.

Parodontite apicale aiguë : il s'agit du stade où il y a extension de l'infection au péri-apex. Le patient décrit une douleur à la mastication ou par simple contact, et une impression de dent longue. Lors des tests de diagnostic, la palpation et la percussion sont sensibles et le test au froid est négatif. On peut retrouver une image péri-apicale à la radiographie.

Le traitement d'urgence est l'ouverture de la chambre pulpaire, le drainage, l'irrigation par voie canalaire, si possible (absence de traitement endodontique) et la mise en sous-occlusion de la dent. La mise en place d'une antibiothérapie et d'antalgiques doit être adaptée à la situation clinique (drainage possible, antécédents médicaux du patient).

A la suite de la consultation, soit le traitement endodontique doit être réalisé ou réitéré, soit procéder à l'avulsion de la dent si cette dernière ne peut pas être conservée.

2.2.2. Abscess apical aigu

L'abcès apical aigu est l'évolution de la parodontite apicale en l'absence de traitement. Il correspond au dépassement des défenses immunitaires par les bactéries, ce qui entraîne la production de pus dans l'espace péri-apical. On retrouve les mêmes signes cliniques que pour la

parodontite apicale aiguë, auxquels s'ajoutent un abcès gingival et/ou une fistulisation et/ou une lyse osseuse objectivée à la radiographie. Une altération de l'état général de santé du patient comme la présence de fièvre peut également être observée.

Le traitement immédiat est le drainage de l'abcès par voie endocanalaire ou par incision gingivale si l'abcès est collecté. En fonction du tableau clinique et des gestes réalisés, une antibiothérapie et des antalgiques sont mis en place.

Le traitement secondaire est le même que celui de la parodontite apicale aiguë.

Tableau 3 : Récapitulatif des signes des parodontites apicales (CNEOC 2012)

	PAI CAUSE NON ENDO	PAI CAUSE ENDO	PAA	AAA PRIMAIRE	AAA SECONDAIRE
DOULEUR SPONTANÉE	$\pm$	+	++	+++	+++
RÉPONSE A LA PERCUSSION	+	$\pm$	++	+++	++
SENSIBILITÉ PULPAIRE	+	$\pm$	–	–	–
PALPATION APICALE	$\pm$	–	$\pm$	++	+
IMAGE RADIOCLAIRE	–	$\pm$	$\pm$	$\pm$	+

2.2.3. Péricoronarite

Une péricoronarite est un phénomène inflammatoire pouvant présenter une infection (congestive ou suppurée) du capuchon muqueux lors de l'éruption de la dent. Ce phénomène est principalement observé lors de l'évolution des 3èmes molaires.

Les signes cliniques sont des douleurs spontanées et provoquées lors de la déglutition, la mastication et la palpation. Nous retrouvons un œdème et une rougeur de la muqueuse entourant la couronne, avec un suintement séreux ou purulent. La présence d'un trismus, d'une adénopathie et une altération de l'état général de santé du patient (fièvre, asthénie, diarrhée) sont possibles.

La radiographie peut permettre d'évaluer la probable évolution de la dent (position, orientation) et d'en informer le patient.

Le traitement immédiat est la détersion du sac péricoronaire par le passage d'ultrasons, associée à un antiseptique (bain de bouche chlorhexidine). Une antibiothérapie, des antalgiques de palier II et un traitement antiseptique local à réaliser par le patient (bain de bouche à la chlorhexidine) doivent être prescrits.

Le devenir de la dent dépend de plusieurs critères :

- ☐ la position et l'orientation de la dent : peut-on espérer qu'elle se mette correctement sur arcade ?
- ☐ s'agit-il d'un premier épisode de péricoronarite ou d'une récurrence ?
- ☐ l'hygiène du patient est-elle satisfaisante ? A-t-il accès à la dent ? (masséter hypertrophique)
- ☐ la dent est-elle utile à la mastication ? (dent antagoniste présente ou non)

En l'absence de traitement, la péricoronarite congestive peut disparaître en quelques jours ou devenir une péricoronarite suppurée.

2.2.4. Cellulites

Les cellulites sont des infections ayant pour porte d'entrée un foyer infectieux périapical et plus rarement parodontal ou post-opératoire. Elles correspondent à l'extension de l'infection aux tissus cellulo-adipeux de la tête et du cou. On distingue les cellulites séreuses, suppurées et diffuses.

La diffusion de l'infection aux tissus environnants dépend :

- ☐ de l'arcade concernée (maxillaire ou mandibulaire),
- ☐ de la dent responsable (mono ou pluri radiculée),
- ☐ de sa localisation antérieure ou postérieure,
- ☐ de la position des apex dans les tables osseuses et par rapport aux insertions musculo-aponévrotiques.

Cellulite séreuse : c'est le stade initial inflammatoire.

Survenant le plus souvent après une parodontite apicale aiguë, on retrouve une tuméfaction, avec la disparition des sillons de la face. La peau est tendue, colorée et dépressible. L'altération de l'état général du patient est minime et en rapport avec l'intensité de la douleur.

Lors de l'examen endobuccal, la muqueuse est tuméfiée et érythémateuse, la dent est mobile, le test au froid est négatif et le test de percussion est très douloureux.

Le traitement est la prescription d'antibiotiques, d'antalgiques et de bains de bouche pour prévenir le passage en cellulite suppurée.

Cellulite suppurée : elle survient à la suite de la cellulite séreuse non traitée. Au niveau de l'état général de santé du patient, ce dernier peut décrire une fatigue et/ou de la fièvre. Lors de l'examen exobuccal, la tuméfaction est délimitée, fluctuante et chaude au contact ; on retrouve une adénopathie et possiblement un trismus. La douleur est lancinante et irradie l'hémiface. Le traitement d'urgence est identique à celui de la cellulite séreuse. Si le drainage est possible, il doit être réalisé.

Cellulite diffuse : elle survient souvent suite à la prise d'anti-inflammatoires ou en cas d'immunodépression. La tuméfaction n'est plus limitée par les structures anatomiques et peut engager le pronostic vital par une possible dyspnée. Une prise en charge aux urgences médicales est alors nécessaire.

2.3. Urgences d'origine parodontale

2.3.1. Syndrome du septum

Le syndrome du septum est un syndrome inflammatoire causé par l'agression du septum interdentaire. L'origine de cette agression peut être multiple : tassement alimentaire causé par un point de contact défaillant ou absent, restauration débordante ou présence de tartre.

A l'examen, la papille est tuméfiée, sa palpation est douloureuse et peut entraîner un saignement. La percussion des dents adjacentes est positive. Le patient décrit des douleurs pulsatiles plus ou moins intenses, exacerbées par la mastication. A noter que ces douleurs peuvent être soulagées par le brossage ou le passage du fil dentaire, si un bourrage alimentaire en est l'origine.

Le traitement consiste à éliminer l'origine de l'agression, c'est-à-dire restaurer ou refaire le point de contact, procéder à un débridement aux ultrasons et donner des conseils au patient sur son hygiène dentaire (passage des brossettes interdentaires).

En l'absence de traitement, il existe un risque de perte de la papille et du septum osseux, voire l'apparition d'une parodontite localisée.

2.3.2. Maladies Parodontales Ulcéro Nécrotiques

Les maladies parodontales ulcéro nécrotiques regroupent la Gingivite Ulcéro Nécrotique (GUN) et la Parodontite Ulcéro Nécrotique (PUN) qui correspondent à deux stades de la même infection. Leur étiologie est encore méconnue mais plusieurs facteurs de risques ont pu être identifiés :

- ☐ hygiène dentaire insuffisante,
- ☐ immunodépression,
- ☐ carences alimentaires,
- ☐ stress, fatigue,
- ☐ tabac.

Les symptômes sont des douleurs au niveau des gencives, une halitose caractéristique et des gingivorragies. La gencive apparaît inflammée ou nécrosée, avec des papilles “décapitées” et un enduit pseudomembraneux. Une faible altération de l'état général de santé du patient est possible.

Le traitement en urgence correspond au débridement et à l'application d'antiseptique pour nettoyer les surfaces dentaires. Des antibiotiques, des antalgiques et un bain de bouche sont prescrits, ainsi que des conseils d'hygiène.

2.3.3. Abscesses parodontaux

Cette infection des tissus parodontaux est localisée et purulente. Episode aigu, elle entraîne la destruction des tissus (os alvéolaire et tissu gingival).

Les causes de cet abcès peuvent être une maladie parodontale, la présence d'un corps étranger dans la gencive, une fracture dentaire ou une communication avec le système endodontique.

L'examen endobuccal révèle une gencive tuméfiée, douloureuse et présentant un écoulement purulent dans le sulcus. La dent est mobile, avec une perte d'attache objectivée par le sondage ; son test de vitalité est positif et sa percussion douloureuse.

Le traitement à réaliser est le drainage, le débridement doux de la lésion et une irrigation avec un antiseptique. La prescription d'une antibiothérapie n'est pas recommandée, sauf si la lésion est importante ou si l'état de santé du patient le nécessite (immunodépression etc). Des antalgiques et un bain de bouche sont prescrits, ainsi que des conseils d'hygiène.

Le pronostic de la dent dépend du support osseux restant et de la compliance du patient aux mesures d'hygiène.

2.4. Ostéites alvéolaires

Les ostéites alvéolaires ou alvéolites sont des complications suite à une avulsion. Survenant quelques jours après l'intervention, c'est une inflammation de l'alvéole (alvéolite sèche) survient et qui peut être compliquée par une infection (alvéolite suppurée).

Le symptôme principal est une douleur intense, irradiante et pulsatile. Le patient décrit un mauvais goût et une mauvaise odeur. L'alvéole n'a plus de caillot sanguin, un écoulement purulent peut être observé et la gencive environnante est inflammatoire.

Le traitement d'urgence est une désinfection et le rinçage de l'alvéole avec un antiseptique. Pour l'alvéolite sèche, une mèche doit être mise en place dans l'alvéole ; pour une alvéolite suppurée, un antibiotique doit être prescrit.

2.5. Hémorragie

Les hémorragies rencontrées lors d'une consultation en urgence peuvent être d'origine locale (à la suite d'une chirurgie, d'un traumatisme) ou générale (hémorragie spontanée, trouble de l'hémostase). Les hémorragies post-opératoires peuvent avoir lieu immédiatement ou plusieurs jours après l'opération.

En premier lieu, le patient doit être rassuré, car il surestime souvent la perte de sang causée par le mélange avec la salive. Un interrogatoire poussé permet de déterminer les éventuels facteurs aggravants ou une origine générale de l'hémorragie.

Les gestes à réaliser pour stopper l'hémorragie sont le curetage de l'alvéole et un contrôle radiographique (la présence d'un apex?). On met ensuite en place une éponge hémostatique et on suture berges à berges avant de faire une compression à l'aide d'une compresse imbibée d'acide tranexamique.

Si l'hémorragie ne s'arrête pas ou si elle est d'origine générale, le patient doit être adressé dans un service hospitalier.

2.6. Traumatismes alvéolo-dentaires

Les traumatismes alvéolo-dentaires sont dus à un impact direct ou indirect des tissus mous et durs. Leur étiologie est multiple : une chute (apprentissage de la marche, bagarre, handicap), un accident sur la voie publique, un accident lors de la pratique d'un sport, etc.

Dans la littérature, la classification publiée par Andreassen sépare les atteintes des tissus dentaires d'un côté et les atteintes des tissus parodontaux et osseux de l'autre.

Tableau 4 : Classification des traumatismes d'Andreassen

Traumatismes des tissus durs dentaires	Traumatismes des tissus parodontaux et osseux
☐ Fêlure ☐ Fracture amélaire ☐ Fracture amélo-dentinaire ☐ Fracture coronaire avec exposition pulpaire ☐ Fracture coronoradiculaire avec ou sans exposition pulpaire ☐ Fracture radiculaire	☐ Contusion ☐ Subluxation ☐ Luxation latérale ☐ Intrusion ☐ Extrusion ☐ Expulsion ☐ Fracture alvéolaire ☐ Lésion des tissus mous

2.6.1. Traumatismes des tissus durs dentaires

2.6.1.1. Fêlure

La fêlure peut concerner l'émail et parfois la dentine. Elle est observable visuellement ou par transillumination. La dent est soit asymptomatique soit sensible au froid.

Le traitement est fonction de la sévérité de la fêlure ; il va de l'abstention thérapeutique à l'utilisation d'un vernis fluoré ou d'une résine composite fluide.

2.6.1.2. Fracture amélaire et amélo-dentinaire

Fracture amélaire : il s'agit d'une perte de structure minime se limitant à l'émail. Il n'y a pas de lésion radiculaire ou osseuse.

Le soin consiste à un polissage des bords anguleux, l'application de vernis fluoré, voire la mise en place d'une résine composite fluide.

Fracture amélo-dentinaire : il s'agit d'une perte de substance de l'émail et de la dentine sans exposition pulpaire. Une hyperesthésie dentinaire est possible. La proximité pulpaire doit être évaluée et la perte de substance mesurée afin d'adapter les matériaux de reconstitution à utiliser. Pour une perte moyenne, le scellement des tubulis dentinaires avec du Ciment Vitro-Ionomère (CVI) ou une résine composite fluide sont suffisants.

Pour une perte plus importante de substance et la présence d'une proximité pulpaire, l'apposition d'une protection dentino-pulpaire est recommandée (type Biodentine) avant la mise en place du CVI ou de la résine composite.

Sur les dents permanentes, le collage du fragment dentaire est possible avec une résine composite fluide.

2.6.1.3. Fracture coronaire avec exposition pulpaire

Il s'agit d'une fracture amélo-dentinaire complexe sans implication de la racine. On retrouve une hémorragie pulpaire et la dent est très sensible au changement thermique et au contact.

Le traitement dépend du stade physiologique de la dent (édification de l'apex, niveau de rhisalyze), du délai entre le traumatisme et la consultation, de la coopération du patient (surtout chez les enfants) et de l'étendue de la perte tissulaire.

Pour une dent temporaire au stade physiologique I ou II, et si le traumatisme remonte à moins de 48h avant la consultation, on réalise une pulpotomie. Au-delà de 48h, il est nécessaire de pratiquer une pulpectomie.

Pour une dent au stade physiologique III ou si le patient est peu coopératif, l'avulsion de la dent est préconisée.

Pour une dent permanente, une apexogénèse par coiffage direct est réalisée, sous réserve que l'exposition pulpaire soit inférieur à 1 mm et remonte à moins de 24h. Dans le cas contraire, il faut procéder à une pulpotomie. Pour ces deux interventions, un ciment tricalcique (type Biodentine, MTA) est utilisé.

2.6.1.4. Fracture coronoradiculaire avec ou sans exposition pulpaire

Il s'agit d'une fracture amélo-dentinaire s'étendant à la racine. Elle est en majorité compliquée par une exposition pulpaire.

Il convient d'évaluer la possibilité de reconstruction de la dent : étendue de la perte de tissus, nécessité d'un ancrage radiculaire, position du trait de fracture par rapport au niveau de l'os. Soit la dent n'est pas conservable et il faut alors l'extraire, soit elle peut être conservée en employant la même méthode que pour une fracture coronaire avec ou sans exposition pulpaire.

2.6.1.5. Fracture radiculaire

La fracture radiculaire implique la dentine et le cément et peut se situer sur toute la longueur de la racine.

Pour les dents temporaires, et en l'absence de déplacement, la dent est conservée et sa résorption surveillée. En cas de déplacement sévère, le fragment coronaire doit être extrait et le

fragment apical laissé en place, afin de laisser son éruption spontanée se produire et ne pas léser le germe sous-jacent.

Pour les dents permanentes, le traitement à réaliser dépend de la position de la fracture. Pour une fracture du tiers coronaire, on élimine le fragment et on protège la racine par du CVI ou de la résine composite. La dent sera tractée ultérieurement si nécessaire. Si le 1/3 moyen est impliqué, on réduit la fracture en cas de déplacement, on nettoie, on fait une contention souple et on surveille la vitalité pulpaire. Pour une fracture du tiers apical, la dent présente une mobilité physiologique ; il s'agit de la fracture radiculaire au pronostic le plus favorable. On réalise dans ce cas une contention souple et on surveille la vitalité pulpaire et l'absence de résorption.

2.6.2. Traumatismes des tissus parodontaux et osseux

2.6.2.1. Contusion / Subluxation

Une contusion de la dent correspond à un œdème sans rupture des fibres desmodontales. Il s'agit d'un traumatisme mineur : la mobilité de la dent est physiologique, il n'y a pas de déplacement et de saignement dans le sulcus.

Lors des tests, une légère sensibilité à la percussion est observée et les tests pulpaires sont positifs.

La subluxation est due à une rupture partielle des fibres parodontales responsable d'une légère mobilité dentaire, sans déplacement, avec un saignement gingival au sulcus.

La dent est sensible à la percussion et les tests pulpaires sont positifs. Le patient peut avoir une sensation de dent « plus longue » et une gêne à la mastication.

Pour ces deux traumatismes, la radiographie est normale : pas d'anomalie, pas de déplacement.

Un traitement immédiat n'est pas obligatoire. Selon le degré de mobilité de la dent et si cette dernière est douloureuse (1 à 2 semaines), une contention souple est possible.

2.6.2.2. Luxation latérale

Il s'agit d'un déplacement de la dent dans une direction autre qu'axiale. La dent n'est pas mobile, l'occlusion est perturbée et la percussion émet un son métallique.

A la radiographie rétro-alvéolaire, on retrouve un élargissement du ligament parodontal d'un côté et sa disparition de l'autre.

Le traitement est le repositionnement avec le pouce et l'index en opposition ou avec le davier. Cette technique nécessite un peu de force et un claquement va se faire entendre. Un contrôle

radiologique du bon repositionnement de la dent, une contention au composite souple d'une durée de 4 semaines et un contrôle régulier de la vitalité doivent ensuite être réalisés.

2.6.2.3. Intrusion

Très fréquente chez l'enfant de moins de 4 ans, l'intrusion correspond à une dent raccourcie ou enfouie, avec des lésions gingivales associées. Il s'agit d'un déplacement axial de la dent dans l'os. Ce déplacement est le plus sévère et présente un dommage du paquet vasculo-nerveux. Les fibres desmodontales sont dilacérées ou écrasées et le ligament est peu ou non visible à la radiographie. La dent n'est pas mobile, produit un son métallique à la percussion et les tests de vitalité sont négatifs ou non significatifs.

Pour une dent temporaire, le traitement est l'abstention. Il faut attendre la rééruption spontanée de la dent et la contrôler.

Pour une dent permanente, si l'impaction est inférieure à 3 mm, on peut espérer une éruption spontanée de la dent pendant 2 à 4 mois. Si l'impaction est supérieure à 7 mm, un repositionnement chirurgical ou orthodontique sera réalisé.

Pour les dents matures, un traitement endodontique avec de l'hydroxyde de calcium est systématique 3 semaines après le repositionnement.

2.6.2.4. Extrusion

Il s'agit d'un déplacement axial partiel de la dent en dehors de l'alvéole survenant lors d'un choc vertical. La dent paraît plus longue, est mobile et présente un saignement au collet. A la radiographie, un élargissement de l'espace desmodontal est observé.

Pour une dent temporaire, cette dernière peut être repositionnée sans forcer, si le déplacement est inférieur à 3 mm. Si l'extrusion est trop importante, la dent doit être extraite pour ne pas léser le germe succédané.

Pour les dents permanentes, on les repositionne par une pression digitale douce.

Pour les deux types de dents, une contention sur 2 semaines et un contrôle de l'occlusion sont réalisés. A noter que le traitement endodontique n'est pas mené systématiquement, même lorsque le test de vitalité est négatif, du fait du haut potentiel de faux négatifs).

2.6.2.5. Expulsion

La dent a été expulsée de l'alvéole. Son pronostic dépend des traumatismes associés, de la maturité, du temps extra-alvéolaire, du milieu de conservation de la dent entre le choc et la prise en charge du patient.

Dans tous les cas, on ne réimplante pas une dent temporaire, au risque de toucher le germe sous-jacent.

Si la dent a été réimplantée immédiatement après le choc, on vérifie son positionnement et on s'assure de la validité des vaccins du patient. Une contention souple pendant 2 semaines doit être réalisée et un traitement endodontique ou apexogénèse 7 à 10 jours plus tard est à prévoir.

Tableau 5 : Protocoles en fonction du temps extra-alvéolaire et de la maturité de la dent

	Dent immature	Dent mature
Temps extra alvéolaire inférieur à 60 minutes en milieu humide	○ Nettoyer au sérum physiologique en tenant par la couronne ○ Placer dans du Doxycycline 5% ○ Réviser et rincer l'alvéole avec une seringue et du sérum physiologique ○ Repositionner la dent ○ Vérifier le positionnement ○ Faire une contention souple pendant 2 semaines ○ Si nécessaire, réaliser une apexogénèse ou apexification avant la dépose de la contention	○ Nettoyer au sérum physiologique en tenant par la couronne ○ Placer dans du sérum physiologique ○ Réviser et rincer l'alvéole avec une seringue et du sérum physiologique ○ Repositionner la dent ○ Vérifier le positionnement ○ Faire une contention souple pendant 2 semaines ○ Réaliser un traitement endodontique avec hydroxyde de Calcium en inter séance avant la dépose de la contention
Temps extra alvéolaire supérieur à 60 minutes en milieu humide ou inférieur à 60 minutes en milieu sec	○ Éliminer les cellules nécrosées (nécrose irréversible du ligament parodontal) avec une compresse, sans gratter le ciment ○ Placer la dent dans du fluorure de sodium à 2,4% pendant 20 minutes pour retarder le risque d'ankylose ou de résorption ○ Réaliser un traitement endodontique avant réimplantation ○ Réviser et rincer l'alvéole avec une seringue et du sérum physiologique ○ Utiliser une matrice amélaire comme l'Emdogain (étape facultative) ○ Repositionner et contrôler la dent ○ Réaliser une contention souple pendant 4 semaines	
Temps extra alvéolaire supérieur à 60 minutes en milieu sec	Réimplantation risquée par le risque d'ankylose important pouvant interférer avec la croissance alvéolaire	

Pour toutes ces situations, une antibiothérapie doit être prescrite systématiquement.

2.6.2.6. Fracture alvéolaire

La fracture des procès alvéolaires entraîne une mobilité des dents sur le bloc fracturé et généralement une lésion des tissus mous. La prise en charge consiste à remettre en place le procès et la réalisation d'une contention souple pendant 4 à 6 semaines. La vitalité des dents sur le bloc fracturé sera à surveiller.

2.6.2.7 Lésion des tissus mous

Lors d'une lésion des tissus mous, il convient de les nettoyer au sérum physiologique, de faire l'hémostase et de les suturer si nécessaire.

2.7. Autres

Il existe d'autres urgences odontologiques douloureuses mais moins fréquentes :

- ☐ Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire,
- ☐ Urgences d'origine orthodontique,
- ☐ Algies faciales.

3. Analyse de l'activité du service des Urgences Dentaires de l'année 2019 (2)

L'analyse de l'activité du service des urgences dentaires de 2019 se base sur une étude rétrospective s'étendant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019. Cette étude a globalement été réalisée sur le même modèle que l'étude du service de l'année 2018 menée par Virginie VALAT.

L'étude se base sur des fichiers tableurs reprenant les informations des patients ayant consultés le service (urgences odontologiques et PASS) et répertoriées dans le logiciel DENTARES.

Ces informations sont, sous le couvert de l'anonymat, la date de consultation, la date de naissance et le sexe du patient, les codes et appellations des soins facturés et la rubrique remarque reprenant le bilan de toutes les consultations du patient dans le service.

Les fichiers tableurs ont par la suite été retravaillés pour en faire ressortir plusieurs indicateurs sous forme de chiffres, pourcentages et graphiques sur le type de patient et le type d'urgence : sexe ratio, fréquence de consultation, pathologie et autres.

Dans un premier temps une analyse du service est faite à partir de ces différents indicateurs. Dans une deuxième partie, une comparaison avec l'analyse de l'activité de l'année 2018 est faite. L'objectif est de déterminer si le changement d'organisation du service a eu une incidence sur l'activité.

3.1. Analyse de l'activité sur l'année 2019

3.1.1. Fréquence

Sur l'année 2019, 22 182 consultations ont eu lieu sur une période de 303 jours, avec une moyenne de 73 patients par jour. Le jour enregistrant le plus grand nombre de consultations est le 16 août 2019, avec 165 patients.

Le lundi est le jour de la semaine le plus actif du service, avec une moyenne de 87 patients, en comparaison avec le jeudi, jour le moins actif des jours ouvrés, avec une moyenne de 68 patients. Le samedi, la fréquentation est globalement la même que le reste de la semaine, malgré un accueil des patients uniquement le matin.

En moyenne par mois, 1 849 patients ont consulté les urgences dentaires.

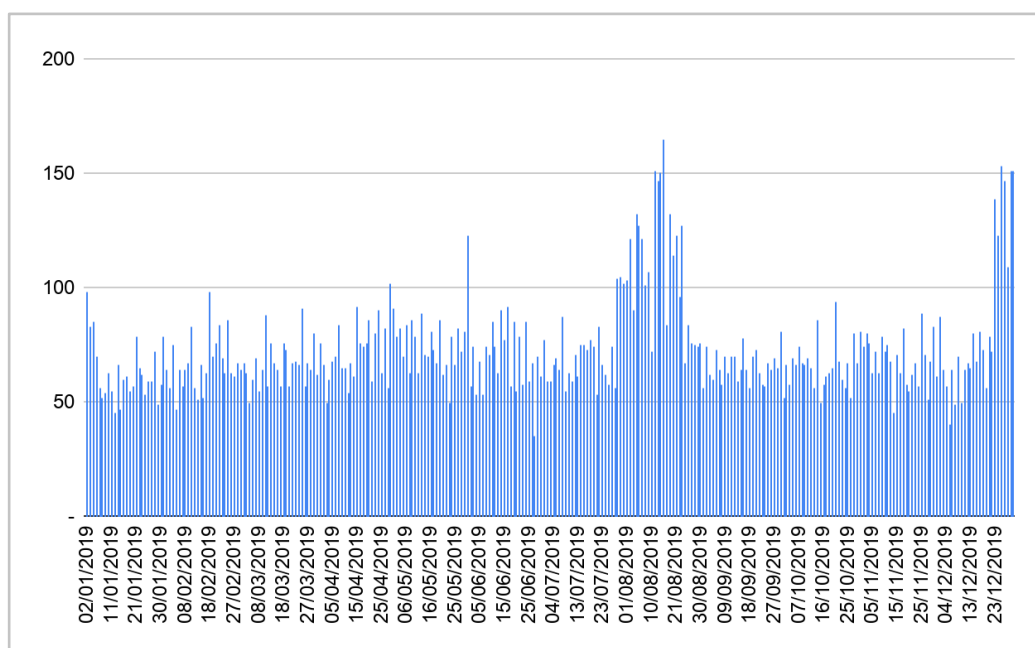
Tableau 6 : Nombre moyen des consultations par jour

Jour	Moyenne	Minimum		Maximum	
		Nombre	Jour	Nombre	Jour
Lundi	87	56	07/01/19	151	12/08/19
Mardi	71	47	15/01/19	151	31/12/19
Mercredi	71	50	03/04/19	150	14/08/19
Jeudi	68	35	27/06/19	153	26/12/19
Vendredi	78	52	15/02/19	165	16/08/19
Samedi	65	45	12/01/19	109	28/12/19
GLOBAL	73				

Tableau 7 : Analyse du nombre de consultations par mois

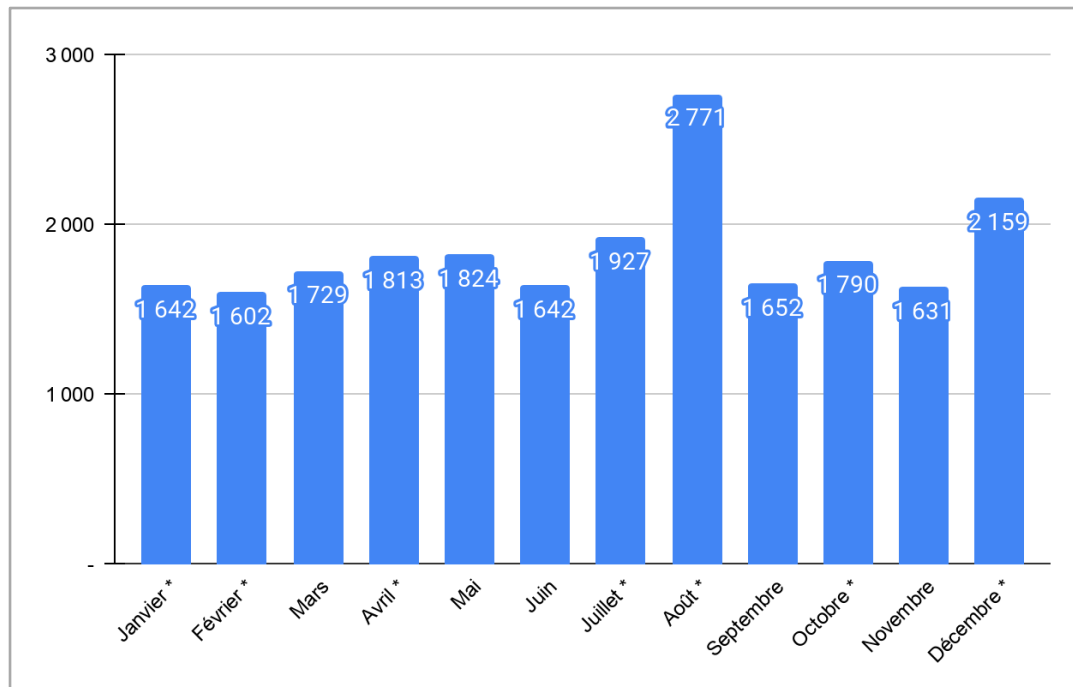
Analyse par mois	
TOTAL	22 182
Min	1 602
Max	2 771
Moyenne	1 849

Les deux graphiques suivants illustrent la répartition journalière et mensuelle des consultations des urgences dentaires.



Graphique 1 : Répartition journalière des consultations en 2019

Le graphique de la répartition journalière fait ressortir 3 pics correspondants aux vacances et jours fériés : le pont de l'ascension, le mois d'août avec principalement la semaine du 15 août, et les dernières semaines de décembre. Ces pics s'expliquent par la fermeture d'une grande partie des cabinets libéraux à ces dates.



Graphique 2 : Répartition mensuelle des consultations

Il ressort du graphique de la répartition mensuelle des consultations que les deux mois les plus chargés étaient les mois d'août et décembre.

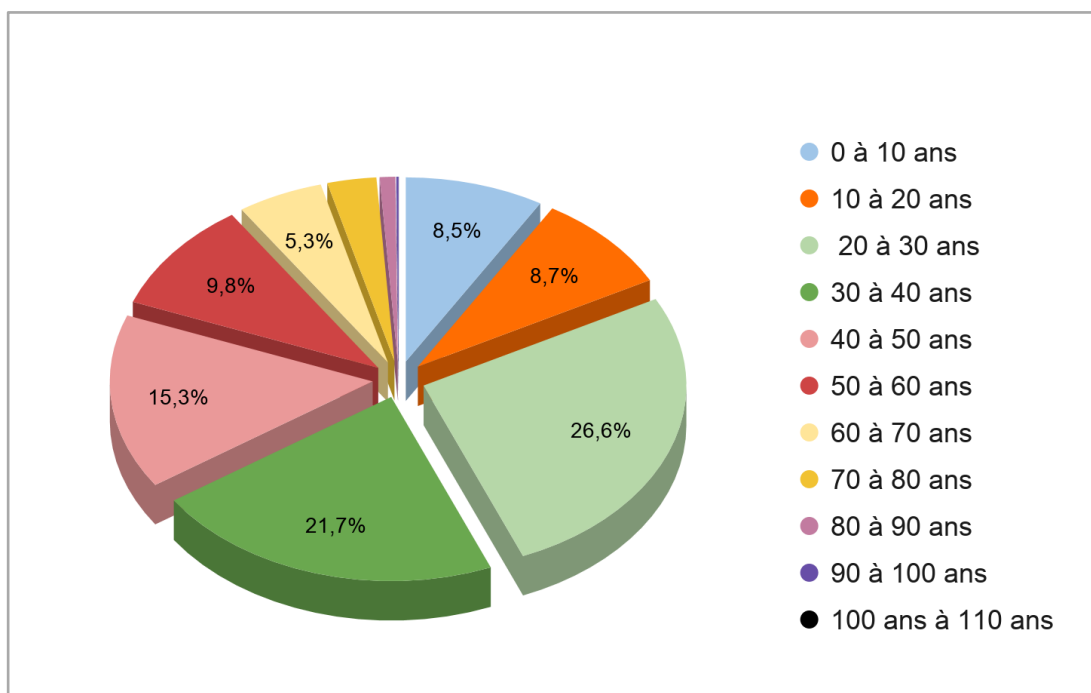
3.1.2. Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Deux paramètres importants de cette étude sont l'âge et le sexe-ratio des patients.

La moyenne d'âge des patients est de 34 ans, la patiente la plus âgée ayant 106 ans et la plus jeune 11 mois.

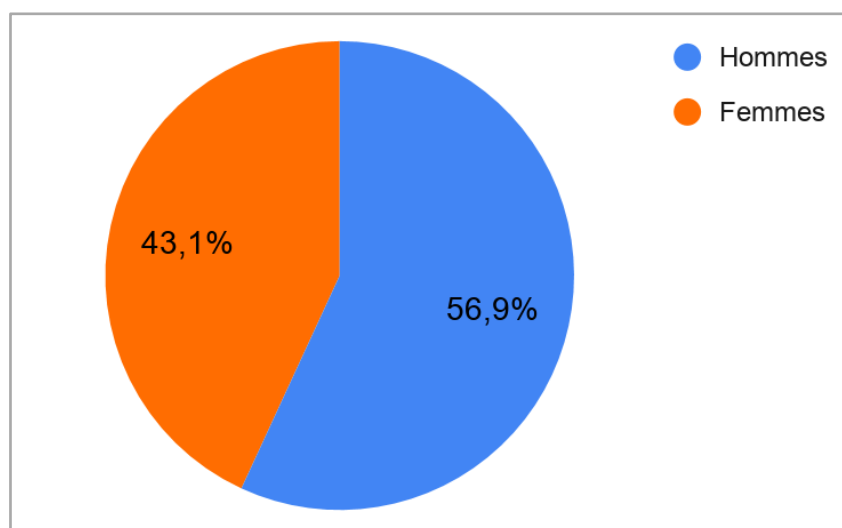
La tranche d'âge la plus représentée correspond aux 20 - 30 ans, qui constituent plus d'un quart des consultations (26,6%). On retrouve juste après la tranche des 30 - 40 ans avec 21,7% des consultations. Ainsi, les 20 - 40 ans représentent la moitié des patients du service.

Puis, il y a les patients âgés de 0 à 20 ans représentant 17,2% des consultations.



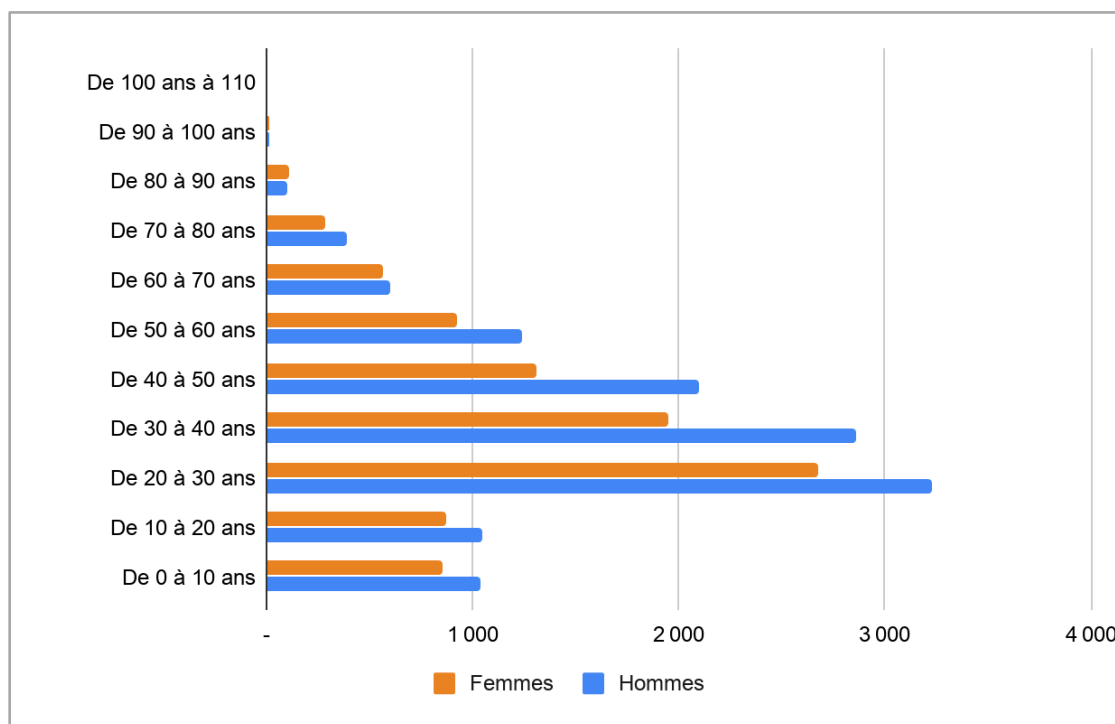
Graphique 3 : Répartition des patients par âge

Au niveau du genre, la majorité des patients sont masculin avec 56,9% d'homme, contre 43,1% de femme.



Graphique 4 : Répartition des patients par genre

Le graphique suivant couple l'âge et le sexe des patients. Pour la quasi-totalité des tranches d'âge, la majorité des patients sont de sexe masculin. A partir de 60 ans, le sex-ratio s'équilibre voire s'inverse à 100 ans. Ce phénomène peut être en corrélation avec l'espérance de vie des femmes en France étant supérieure à celle des hommes.



Graphique 5 : Répartition des patients par âges et genre

3.1.3. Répartition selon le type d'urgences

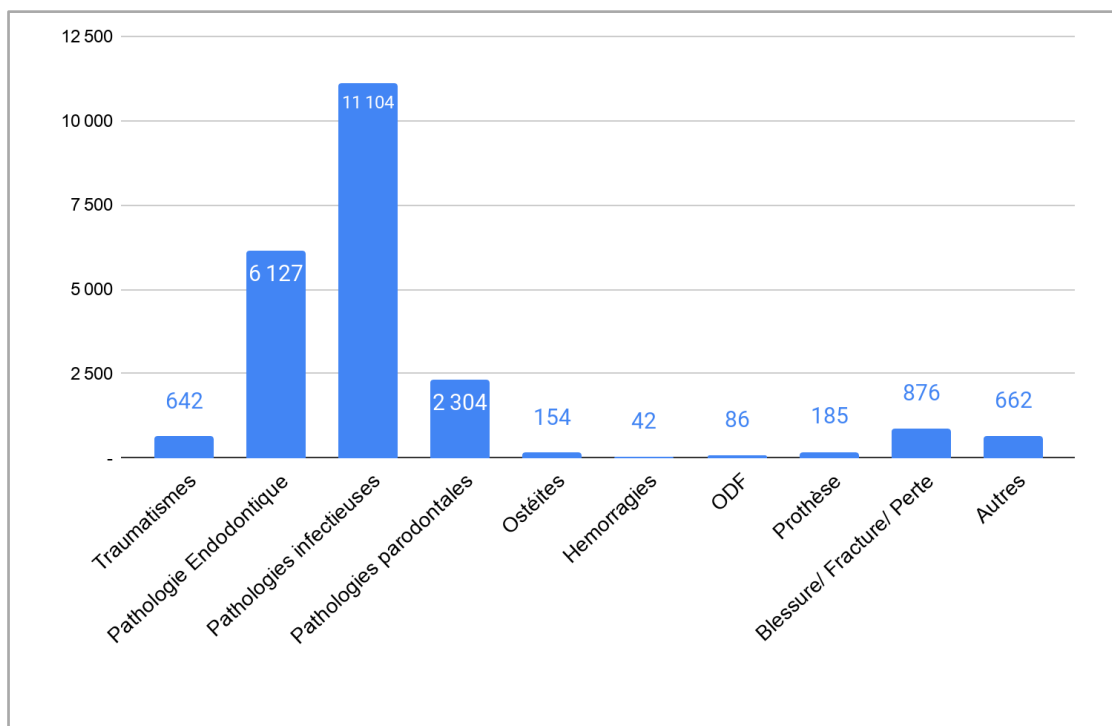
A partir des commentaires compilés dans la rubrique “Remarque” du logiciel DENTARES, les consultations ont été réparties en différentes catégories d'urgences comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Le choix des catégories a été fait en accord avec le classement des urgences décrit plus haut (cf. partie 2). Ce classement se base sur plusieurs ouvrages traitant des urgences odontologiques.

Tableau 8 : Classement des pathologies des consultations d'urgence

Classement des urgences odontologiques	
Traumatisme	Ostéite
Pathologie endodontique	Alvéolites sèches
Carie/Hypersensibilité	Alvéolites suppurées
Pulpite	Hémorragie
Nécrose	ODF
Pathologie infectieuse	Prothèse
Abcès /PAA	Blessure/Fracture/Perte Obturation
Cellulite	Autres
Péricoronarite	Fausse urgences
Pathologie parodontale	Sinusites
Gingivite / Parodontite	ATM
Abcès parodontal	Autres (contrôle, recherche de foyer infectieux)

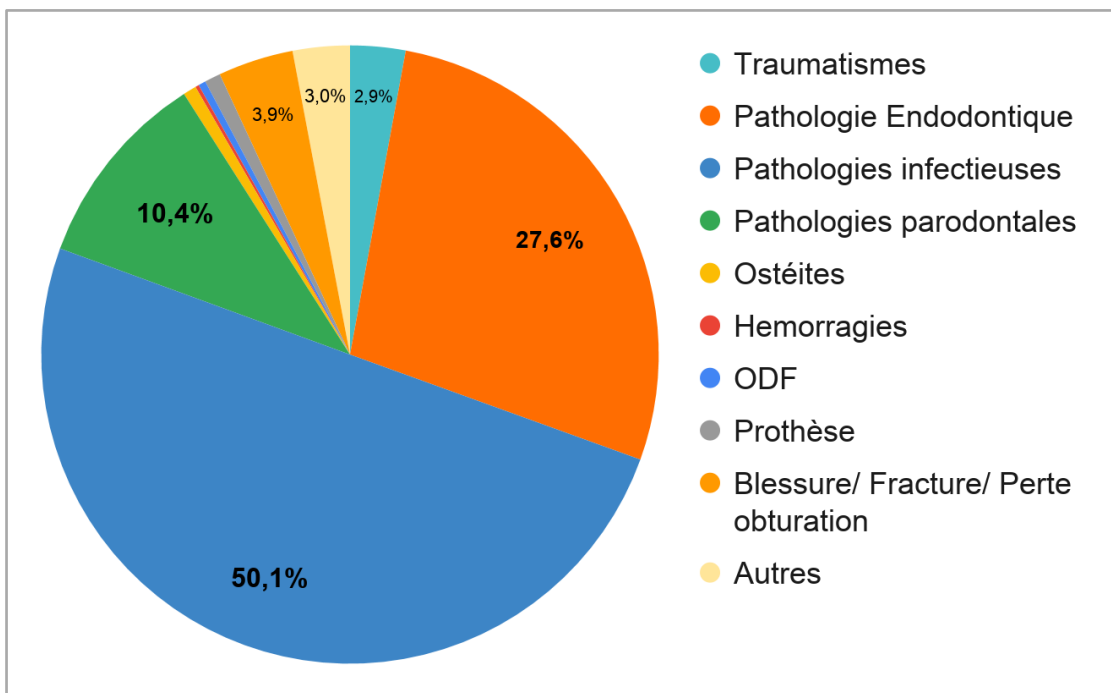
GUN / PUN	Non classable
Syndrome du septum	Absence d'information



Graphique 6 : Répartition des consultations par type d'urgences

Sur les 22 182 consultations en 2019, 11 104 consultations, soit la moitié, sont dues à une pathologie infectieuse. Les pathologies endodontiques sont le deuxième motif de consultation, avec près d'un tiers des consultations. A noter que les urgences parfois considérées comme "vraies urgences", la pulpite et la cellulite, sont comprises dans ces deux catégories.

Les autres urgences représentent moins de 4% des consultations sauf les pathologies parodontales qui représentent 10% des consultations.



Graphique 7 : Distribution des consultations par pathologies

Les urgences prothétiques ne font pas partie des urgences dentaires douloureuses prises en charge dans le service. Elles sont normalement prises en charge par le service de prothèse du Service de Consultations et Traitements Dentaires. Toutefois, des patients avec une urgence prothétique se sont présentés dans le service, principalement le samedi matin, jour où le service de prothèse est fermé.

Tableau 9 : Nombre moyen de consultation pour une urgence prothétique en fonction du jour de la semaine

Jour	Consultations pour une urgence prothétique
Lundi	19
Mardi	30
Mercredi	25
Jeudi	18
Vendredi	25
Samedi	68
TOTAL	185

3.1.4. Répartition des types d'urgences selon l'âge des patients

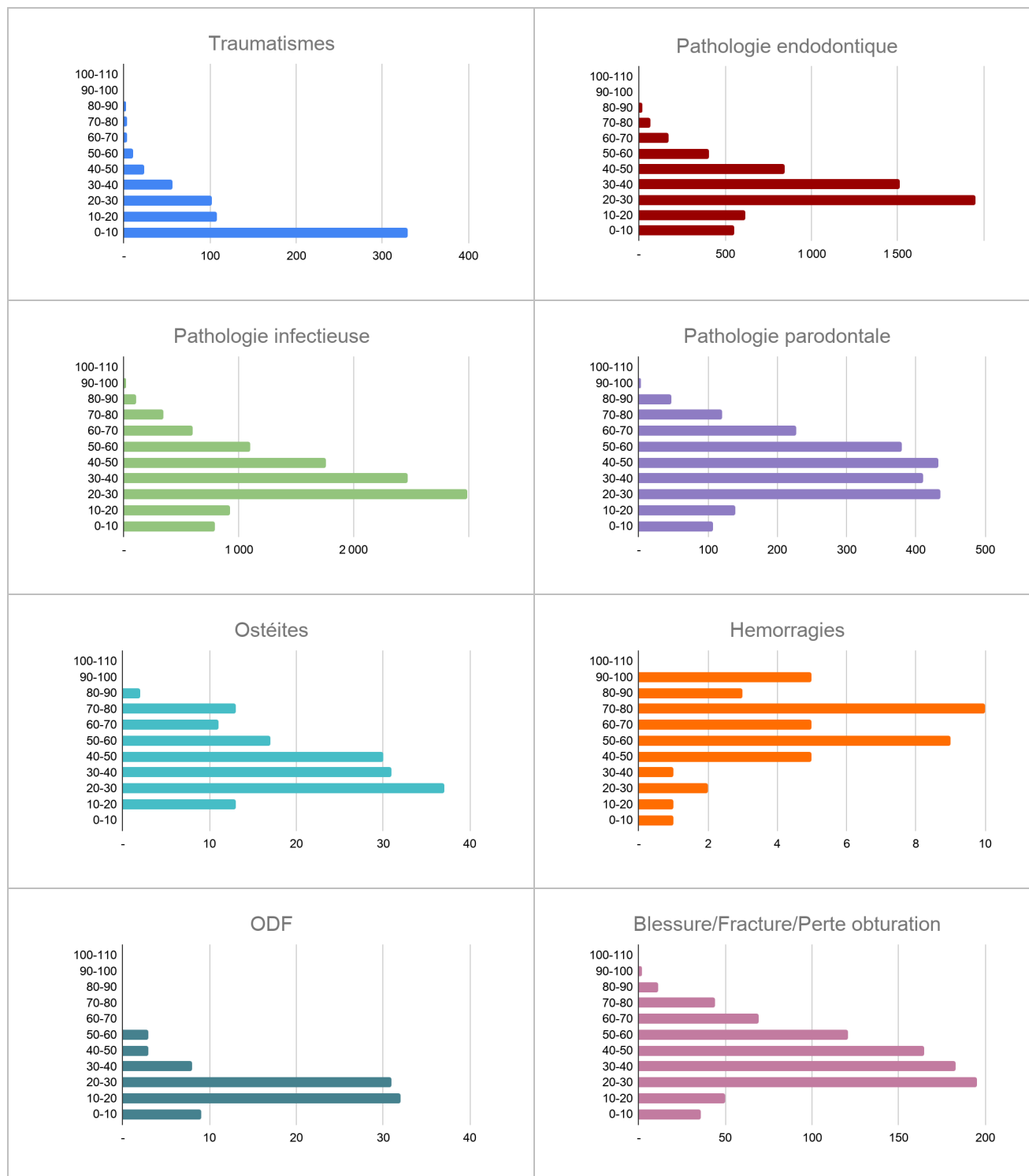
En croisant les données sur l'âge et le type de pathologie, on observe des âges médians et des graphiques / courbes très différents. Chaque pathologie n'a pas la même population.

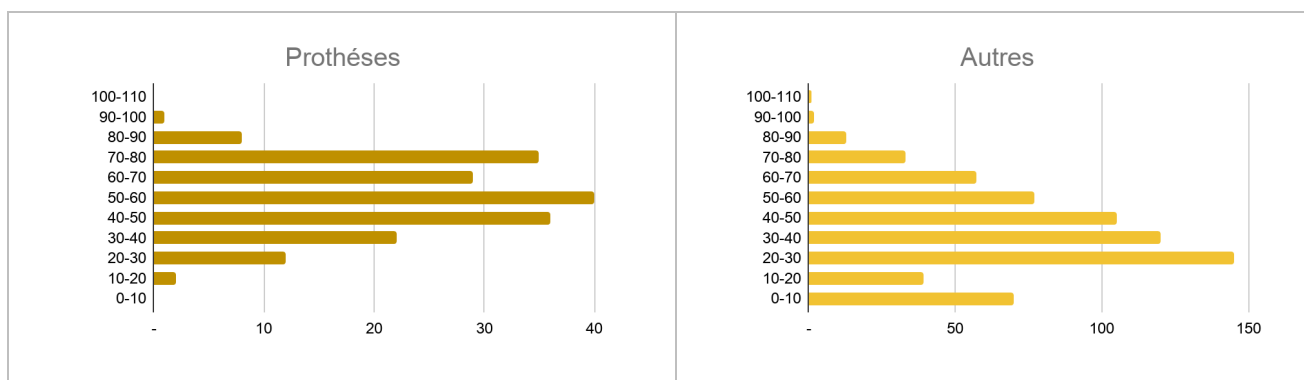
Tableau 10 : Âge médian en fonction des différents types de pathologies

Traumatismes	Pathologies Endodontiques	Pathologies infectieuses	Pathologies parodontales	Ostéites	Hémorragies	ODF	Blessures Fractures Pertes d'obturation	Prothèse	Autres
9	29	33	41	38	65	20	38	55	35

- ❑ Les patients venant pour un traumatisme sont essentiellement jeunes (âge médian de 9 ans). L'importance des traumatismes chez les 0 - 10 ans s'explique par la découverte des sports et activités, ou encore l'apprentissage de la marche.
- ❑ La population consultant pour des problèmes orthodontiques est également jeune, avec un âge médian de 20 ans. C'est en effet la tranche d'âge où la plupart des traitements ODF sont réalisés.
- ❑ Pour les pathologies endodontiques, infectieuses, les blessures/fractures/pertes d'obturation et les "autres" pathologies, les âges médians sont proches, respectivement 29, 31, 38 et 35 ans. Leurs graphiques ont le même profil, il correspond à la répartition des consultations par âges décrit plus haut et illustré par le graphique des répartitions des âges par genre (voir graphique 3).
- ❑ Pour les maladies parodontales on observe une concentration plus importante autour des 40-50 ans, âge où les signes des maladies parodontales sont de plus en plus visibles. La soudaine diminution à partir de 60 ans peut correspondre à la perte progressive des dents par ces pathologies. Les consultations pour ce motif pour les patients entre 0 et 20 sont principalement des gingivites ou des douleurs dues à une éruption dentaire.
- ❑ Pour les hémorragies la population est plus âgée, la moyenne d'âge est de 65 ans, ce qui est en corrélation avec une augmentation de prise de médicaments et de pathologie influents sur l'hémostase.
- ❑ Les urgences prothétiques sont peu nombreuses de 10 à 20 puis se mettent à augmenter. Cette augmentation correspond à l'augmentation de la demande en prothèse des patients avec l'âge.

Tableau 11 : Graphiques illustrant la répartition des pathologies en fonction de l'âge des patients





3.1.5. Actes cotés

Les 22 182 prises en charge ont généré 23 139 actes cotés. En fonction des soins réalisés, un ou plusieurs actes peuvent être facturés.

L'acte principal est la consultation Chirurgien-Dentiste. Ce code est utilisé lorsque le soin réalisé n'a pas de code propre. C'est le cas par exemple pour l'ouverture d'une chambre lors d'une pulpite ou d'une PAA, ou pour les prescriptions médicamenteuses. Si une consultation est cotée, un autre acte ne peut pas être entré. Les radiographies faites par exemple font partie de la consultation.

A part la consultation, les actes les plus réalisés sont les avulsions, avec l'avulsion de 1 444 dents permanentes et 271 dents temporaires, puis les radiographies, avec 796 radiographies intrabuccales et 56 radiographies panoramiques.

Tableau 12 : Les 10 actes les plus réalisés en 2019

Code CCAM	Nombre	Libellé Prestation
CONSULT	20410	Consultation Chirurgien-Dentiste
HBGD03601	1077	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBQK38901	726	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur d'une à trois dents contigües (Activité 1)
HBGD03501	212	Avulsion d'une dent temporaire sur arcade (Activité 1)
HBGD04301	101	Avulsion de deux dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBFD00601	82	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire (Activité 1)
HBQK00201	57	Radiographie panoramique dentomaxillaire (Activité 1)
HBED00101	43	Réimplantation d'une dent permanente expulsée (Activité 1)
HBQK19101	36	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire de deux secteurs distincts d'une à trois dents contigües (Activité 1)
HBQK06101	34	Radiographie d'une à trois dents contigües per &/ finale sauf traitement endodontique

3.2. Comparaison avec l'activité de l'année 2018

3.2.1. Fréquence

Entre l'année 2018 et l'année 2019, on observe une augmentation de tous les indicateurs de fréquence, avec 18 546 consultations en 2018 contre 22 182 en 2019, soit près de 20% en plus.

Il n'y a pas de différence dans la répartition des patients sur la semaine, le lundi étant toujours le jour le plus visité de la semaine et le jeudi le plus calme.

Tableau 13 : Comparaison du nombre de consultations

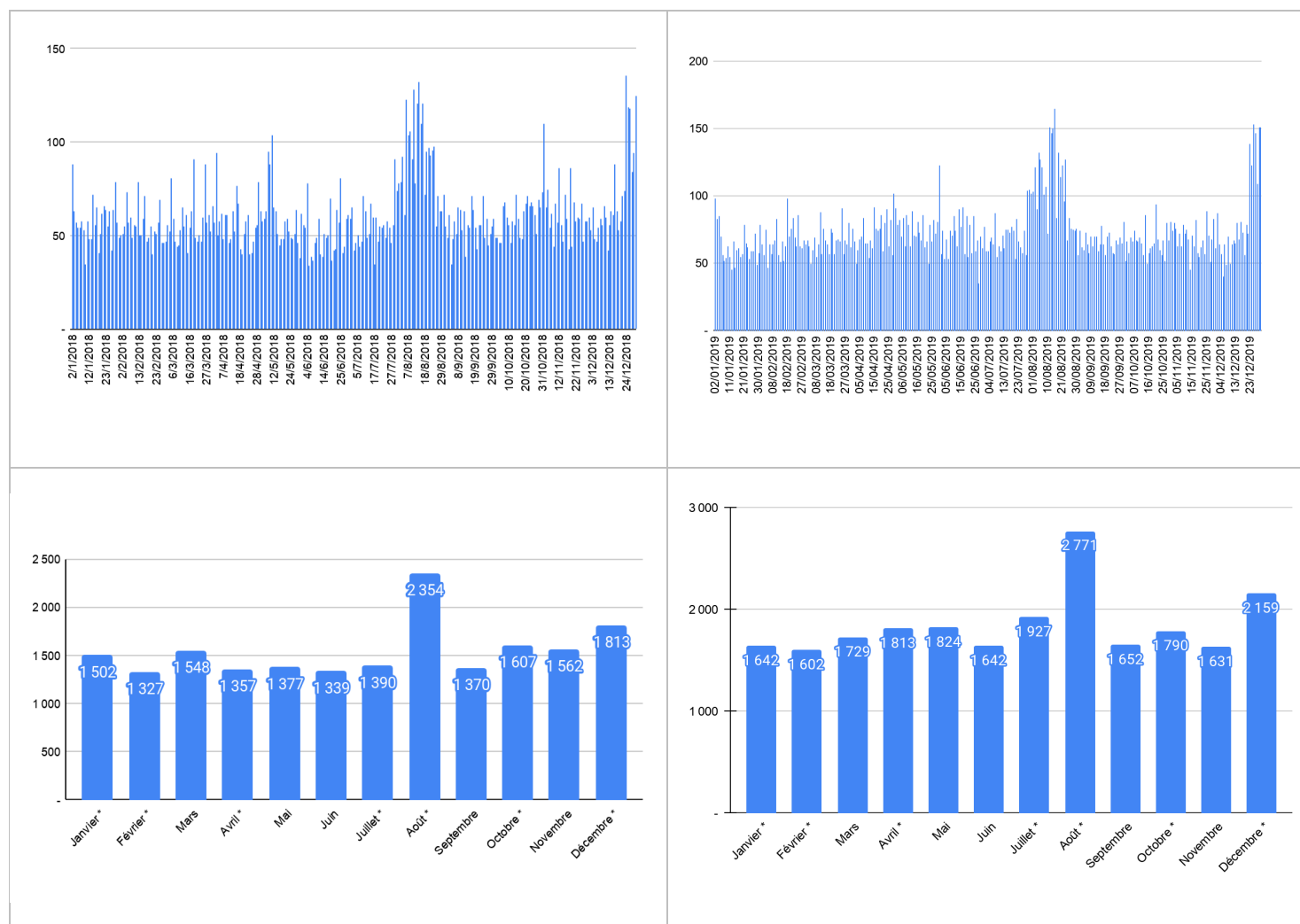
	Analyse par mois		Analyse par jour	
	En 2018	En 2019	En 2018	En 2019
Minimum	1 327	1 602	34	35
Maximum	2 354	2 771	136	165
Moyenne	1 546	1 849	61	73
TOTAL	18 546	22 182	18 546	22 182

Tableau 14 : Comparaison du nombre moyen des consultations par jour

Jour	Moyenne En 2018	Moyenne En 2019
Lundi	76	87
Mardi	58	71
Mercredi	56	71
Jeudi	56	68
Vendredi	62	78
Samedi	58	65
GLOBAL	61	73

Sur les graphiques ci-dessous, outre l'augmentation générale des chiffres en 2019, on retrouve les mêmes courbes, avec des pics de fréquentation lors des jours fériés et des vacances scolaires.

Tableau 15 : Graphiques illustrant la répartition journalière et mensuelle des consultations en 2018 (à gauche) et en 2019 (à droite)



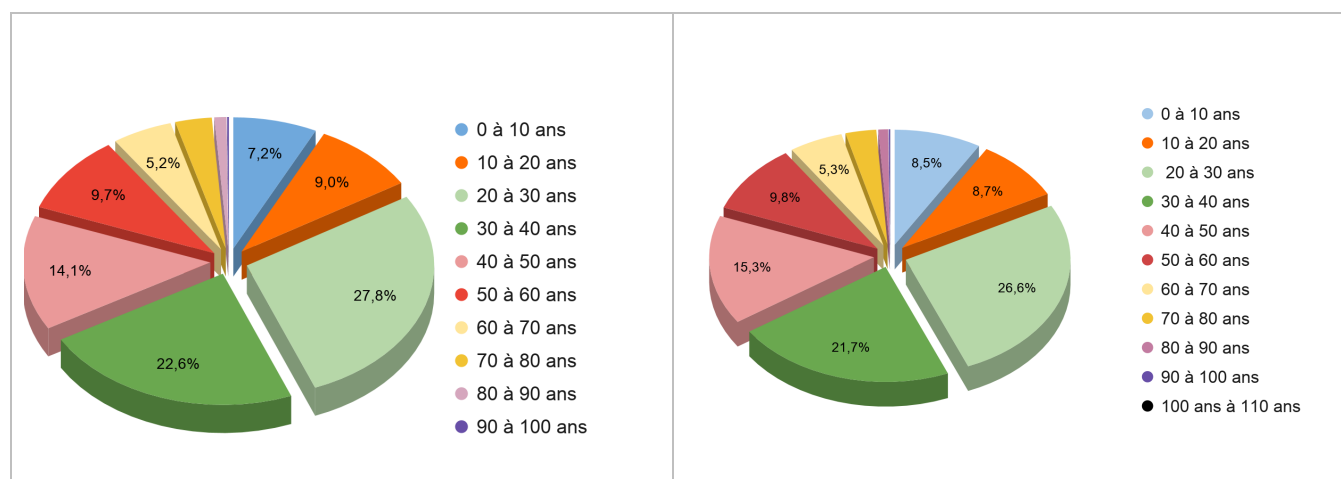
3.2.2. Répartition selon l'âge et le sexe des patients

Au niveau de la typologie des patients, on retrouve globalement les mêmes informations.

La répartition des patients par âge est semblable : les 20 - 40 ans représentent la moitié des patients (50,4% en 2018 et 48,3% en 2019), la moyenne d'âge est de 34,5 ans en 2018 et 34 ans en 2019.

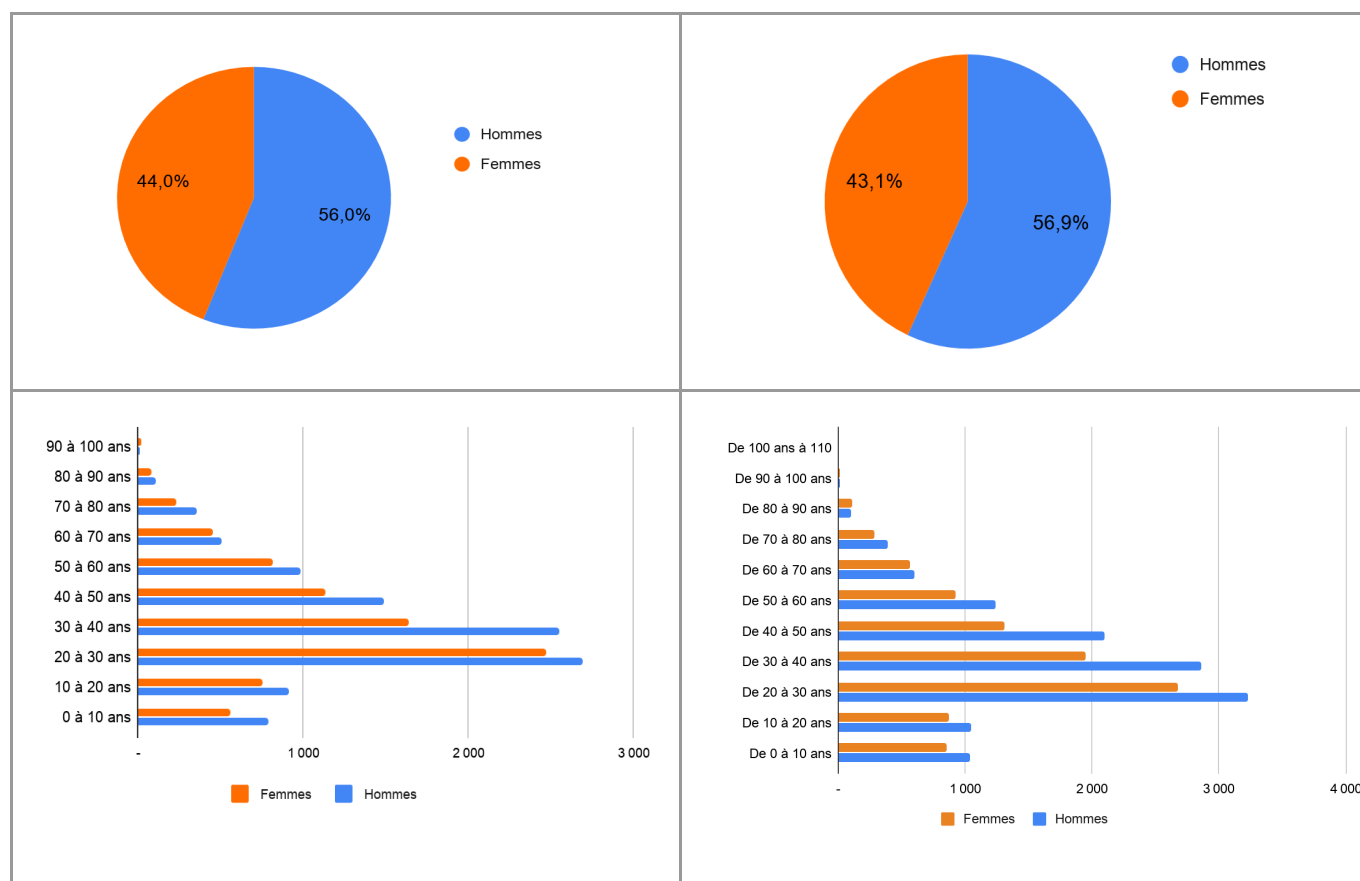
La différence la plus notable est l'augmentation de l'étendue de l'âge : en 2019, la patiente la plus âgée avait 106 ans, contre 98 ans en 2018.

Tableau 16 : Graphiques illustrant la répartition des patients par âge en 2018 (à gauche) et en 2019 (à droite)



La distribution homme -femme de la population est semblable entre 2018 et 2019, avec une légère majorité d'hommes. Comme observée précédemment, cette majorité masculine est surtout présente chez les 20 - 50 ans et tend en progressant dans les âges à diminuer voire s'équilibrer en 2018 et s'inverser en 2019.

Tableau 17 : Graphiques illustrant la répartition des patients par genre et du croisement âge/genre entre 2018 (à gauche) et 2019 (à droite)



3.2.3. Répartition selon le type d'urgences

L'analyse de l'activité de l'année 2018 ne se base pas sur la même classification des urgences dentaires utilisée pour l'analyse de l'année 2019. La parodontite apicale et le syndrome du septum ont été classés dans des catégories différentes entre 2018 et 2019. De plus, en 2019, une catégorie a été créée pour la perte d'une obturation, les blessures de muqueuse et les fractures non causées par un traumatisme.

Ces différences de classification doivent donc être prises en compte dans la comparaison des résultats.

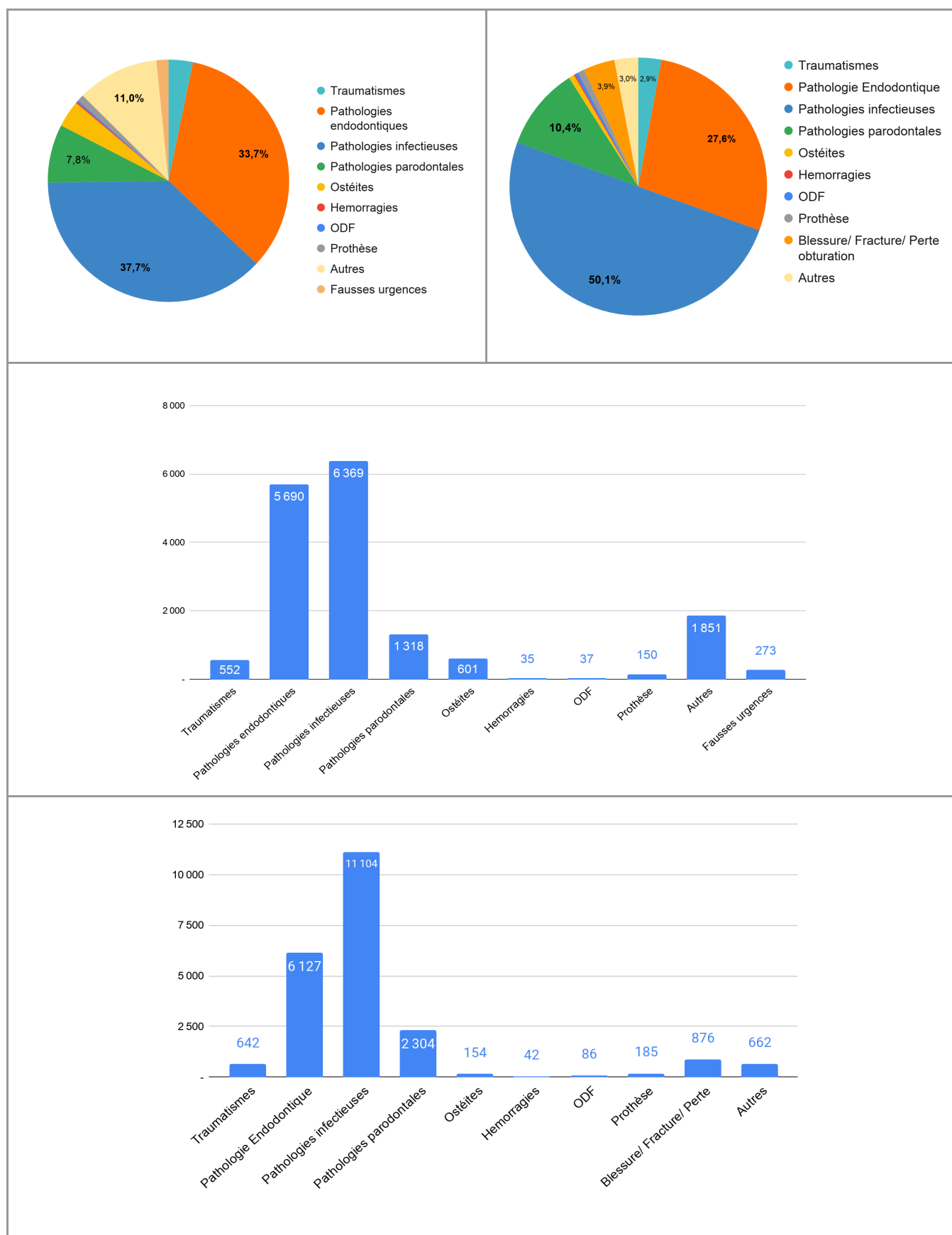
Tableau 18 : Classement des pathologies des consultations d'urgence de l'analyse de l'année 2018

Classement des pathologies	
Traumatisme	Ostéite
Pathologie endodontique	Alvéolites
Carie	Syndrome du septum
Pulpite	Hémorragie
Nécrose / Parodontite apicale	ODF
Pathologie infectieuse	Prothèse
Abcès	Autres
Cellulite	Extraction (délabrement important)
Péricoronarite	Sinusites
Pathologie parodontale	ATM
Gingivite / Parodontite	Blessure muqueuse (fracture, aphte...)
Abcès parodontal	DDS
GUN / PUN	Autres (contrôle, recherche de foyer inf...)

Les pourcentages des pathologies endodontiques, des ostéites et des “autres” pathologies dans les motifs de consultation ont diminué entre 2018 et 2019. Au contraire, les parts des pathologies infectieuses et parodontales dans les motifs de consultation sont plus importantes en 2019.

Ces catégories sont celles ayant des pathologies en plus par rapport à celle de l'année en comparaison. Une fois ce paramètre pris en compte, on retrouve globalement la même distribution des consultations par pathologie entre les deux années.

Tableau 19 : Graphiques illustrant la distribution des consultations par pathologie en 2018 et 2019

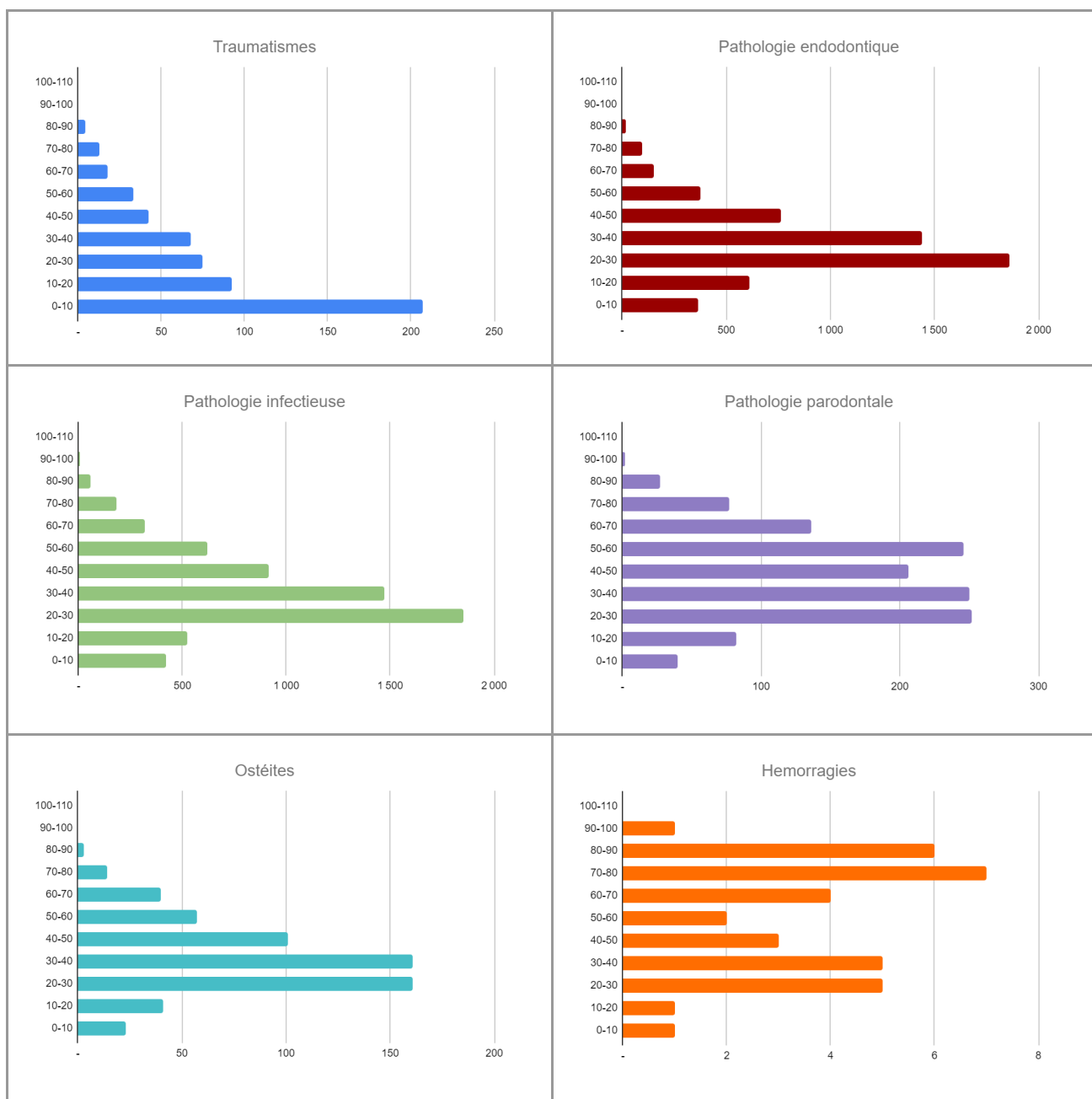


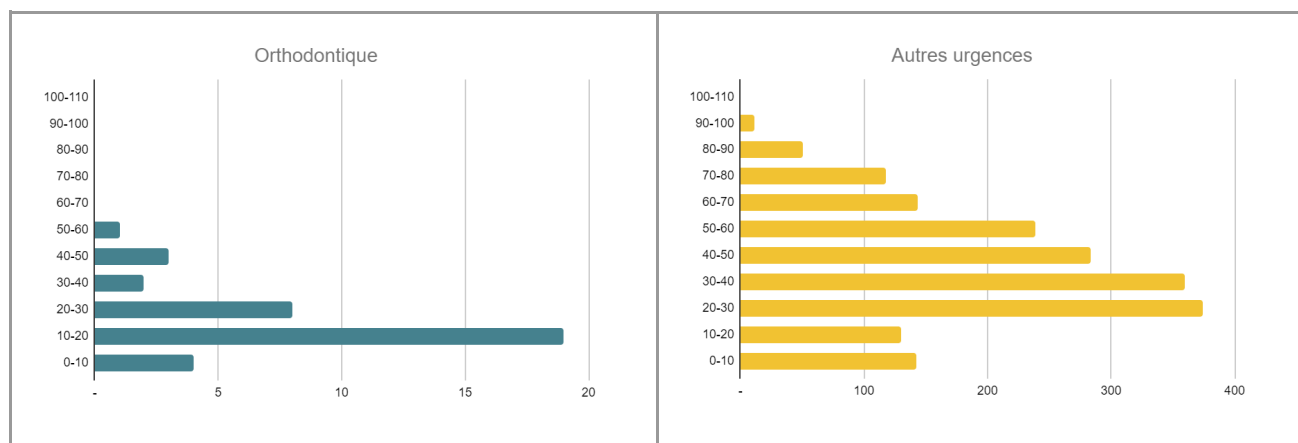
3.2.4. Répartition des types d'urgences selon l'âge des patients

En comparant les profils des graphiques croisant les différentes pathologies avec l'âge des patients des deux années on retrouve sauf pour les hémorragies les mêmes.

La seule différence que l'on observe sur les graphiques des hémorragies est une proportion plus importante de consultations chez les 20-40 ans en 2018. Ce phénomène ne permet pas d'émettre une hypothèse.

Tableau 20 : Graphiques illustrant la répartition des pathologies en fonction de l'âge des patients en 2018





3.2.5. Actes cotés

Le tableau ci-dessous présente les dix actes les plus réalisés en 2018. Par comparaison avec les actes réalisés en 2019, on remarque que les actes cotés sont de même nature pour les deux années. La majorité des actes concernent des consultations, puis des avulsions, radiographies, biopulpotomies et réimplantations de dents permanentes.

A noter toutefois que le nombre de radiographies panoramiques était plus important en 2018, avec 673 radiographies, contre 57 en 2019. Au contraire, le nombre de radiographies intra buccales en 2019 est en forte hausse, avec 796 radiographies, contre 114 en 2018. Un changement de pratique pourrait expliquer cette inversion.

Tableau 21 : Liste des 10 actes les plus réalisés sur l'année 2018

Code Acte	Nombre	Libellé Acte
CONSULT	16 957	Consultation Chirurgien-Dentiste
HBGD03601	1 044	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBQK00201	673	Radiographie panoramique dentomaxillaire (Activité 1)
HBGD03501	165	Avulsion d'une dent temporaire sur arcade (Activité 1)
HBGD04301	97	Avulsion de deux dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBFD00601	66	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire (Activité 1)
HBQK06101	47	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur d'une à trois dents contigües, per interventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique (Activité 1)
HBGD02201	42	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie (Activité 1)
HBGD03101	32	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec séparation des racines (Activité 1)
HBED00101	24	Réimplantation d'une dent permanente expulsée (Activité 1)

4. Analyse de l'activité de la PASS sur l'année 2019 et comparaison avec l'année 2018 (2)

L'unité fonctionnelle des urgences dentaires et de la permanence d'accès aux soins de santé a deux activités : la prise en charge des urgences et la PASS.

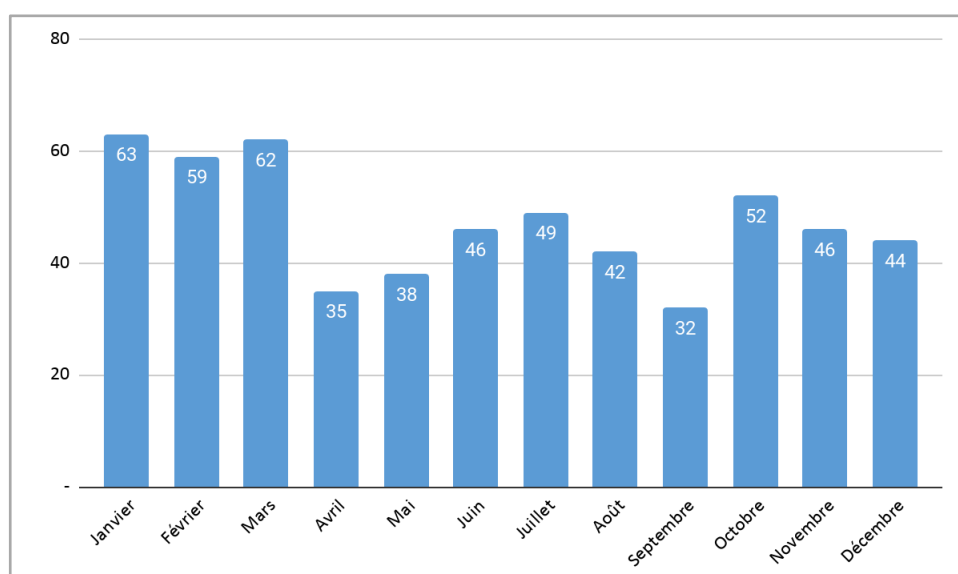
Comme pour les urgences dentaires, l'activité de la PASS en 2019 a été analysée et comparée à celle de l'année 2018. Pour cela, les mêmes indicateurs ont été utilisés : fréquence, âge, sexe des patients, motif de consultations et actes réalisés.

4.1. Analyse de l'activité sur l'année 2019

4.1.1. Fréquence

En 2019, 568 patients ont consulté dans le cadre de la PASS, soit pratiquement 2 patients (moyenne de 1,8) par jour où le service est ouvert. Dans un mois il y a en moyenne 47 passages. Les jours de la semaine les plus actifs sont les mardi, mercredi et jeudi, jours où des rendez-vous sont planifiés. Le mercredi 27 février 2019 enregistre le plus grand nombre de patients pris en charge.

A noter qu'une plus grande fréquentation les trois premiers mois de l'année est observée. Toutefois, le nombre de consultations par mois n'est pas suffisant pour émettre des hypothèses fiables sur la répartition mensuelle des patients.



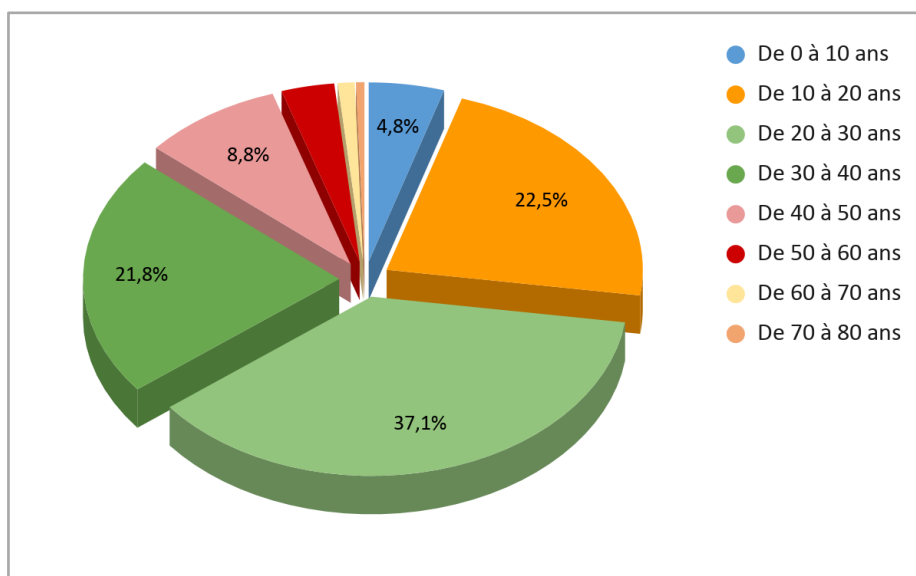
Graphisme 8 : Répartition mensuelle des consultations

4.1.2. Répartition selon l'âge et le sexe des patients

La population consultant dans le cadre de la PASS est plus jeune que celle des urgences dentaires, avec une moyenne d'âge de 27 ans, contre 34 ans pour les urgences.

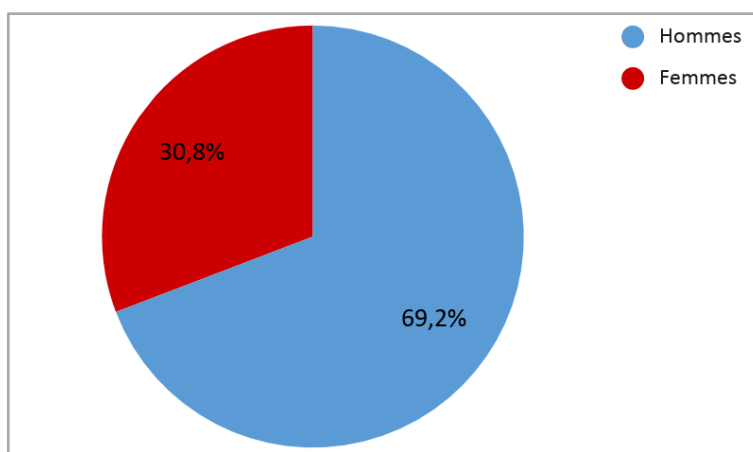
Les 10 - 30 ans représentent plus de la moitié des patients et les 10 - 40 ans constituent 80% de cette population.

L'étendue des âges est également plus limitée, allant jusqu'à 75 ans, contre 106 ans pour les urgences, soit 31 ans de différence.



Graphique 9 : Répartition par âge des patients

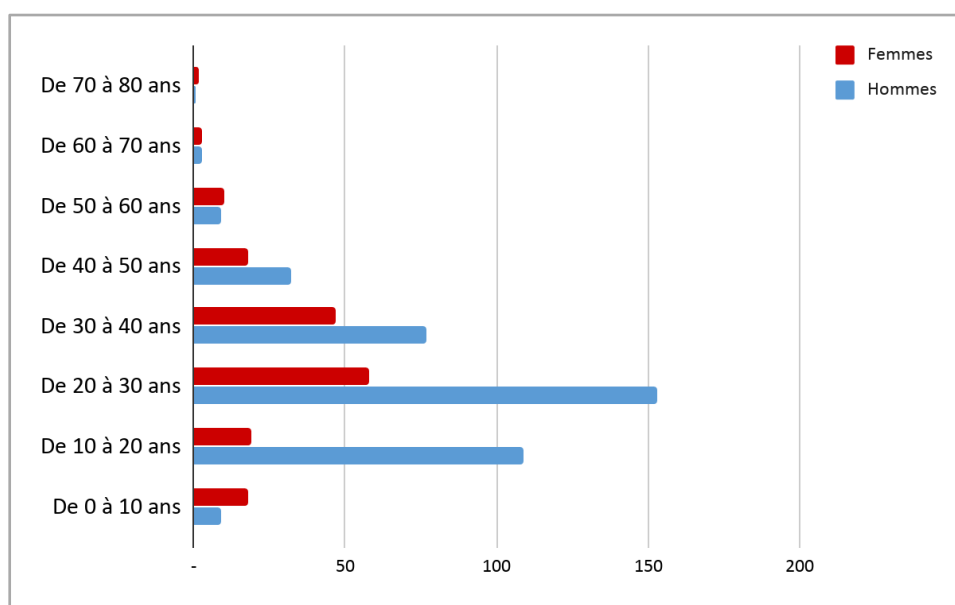
Au niveau du ratio homme-femme, on retrouve comme aux urgences une majorité d'hommes, qui constituent près de 70% des patients, soit un pourcentage plus élevé qu'aux urgences (57%).



Graphique 10 : Répartition des patients par genre

Sur le graphique ci-dessous, on observe cette majorité de patient masculin entre 20 et 30 ans, ils correspondent à 27% des patients.

A noter qu'entre 0 à 10 ans, le nombre de patients de sexe féminin est deux fois plus important que les hommes, contrairement aux urgences. Au-delà de 10 ans, le ratio homme-femme est le même que pour les urgences, avec toutefois une inversion à partir de 50 ans.



Graphique 11 : Répartition des patients selon l'âge et le genre

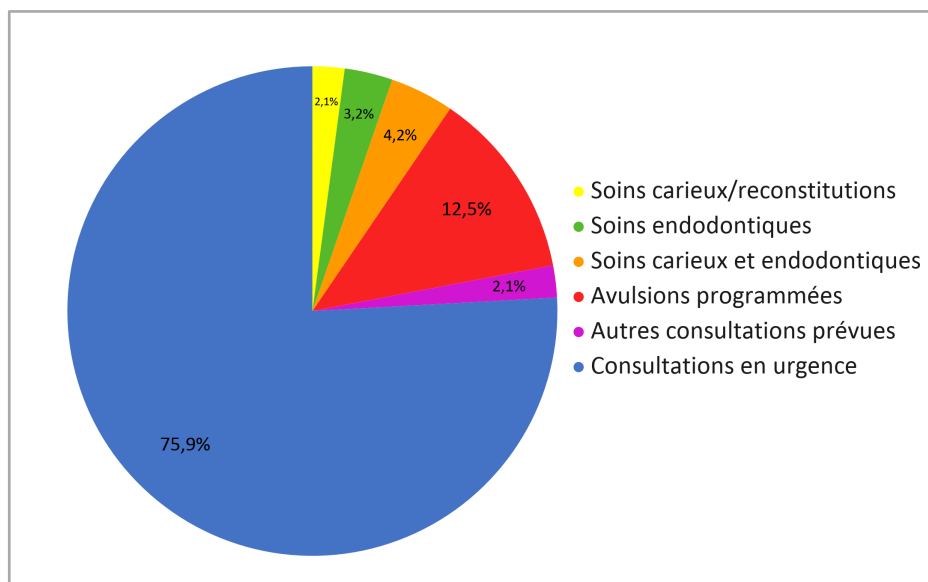
4.1.3. Répartition selon le type de soins

De même que l'analyse des urgences dentaires, les consultations dans le cadre de la PASS ont été triées selon le motif de consultation et s'il s'agit d'un rendez-vous ou d'une urgence dentaire. Le tableau ci-dessous reprend cette répartition.

Tableau 22 : Classement des motifs de consultations

Classement des motifs de consultations	
Soins carieux / Reconstitutions au fauteuil	Soins carieux et endodontiques dans la même séance
Soins endodontiques	
Traitement endodontique	Avulsions programmées
Pulpotomie	Autres consultations prévues
Coiffage direct	Consultations en urgence

Les trois quarts des 568 consultations correspondent à des patients venus en urgence, les 137 autres étant des rendez-vous programmés. Lors de ces rendez-vous il y a eu différents soins réalisés, pour la moitié d'entre eux des soins carieux et endodontiques ont été réalisés dans la même séance.



Graphique 12 : Distribution des consultations selon le motif

4.1.4. Actes cotés

Pour les 568 consultations, 699 actes ont été cotés. Parmi ces actes, on dénombre 396 Consultations Chirurgien-Dentiste, soit 56% des actes.

En plus des consultations, on dénombre 31 actes différents cotés, qui correspondent principalement à des avulsions, des restaurations, des traitements endodontiques et des radiographies. Le tableau ci-dessous répertorie les dix actes les plus réalisés.

Tableau 23 : Liste des 10 actes les plus pratiqués dans le cadre de la PASS en 2019

Codes CCAM	Nombre	Libellé Prestation
CONSULT	396	Consultation Chirurgien-Dentiste
HBGD03601	73	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBQK38901	40	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur d'une à trois dents contigües (Activité 1)
HBMD04901	17	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur deux faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire (Activité 1)
HBQK30301	16	Radiographie d'une à trois dents contigües pré per & finale pour traitement endodontique
HBFD00801	16	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente (Activité 1)

HBGD04301	14	Avulsion de deux dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (Activité 1)
HBMD05301	14	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur une face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radulaire (Activité 1)
HBQK04001	14	Radiographie d'une à trois dents contig pré / per + finale pour traitement endodontique
HBGD02201	11	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie (Activité 1)

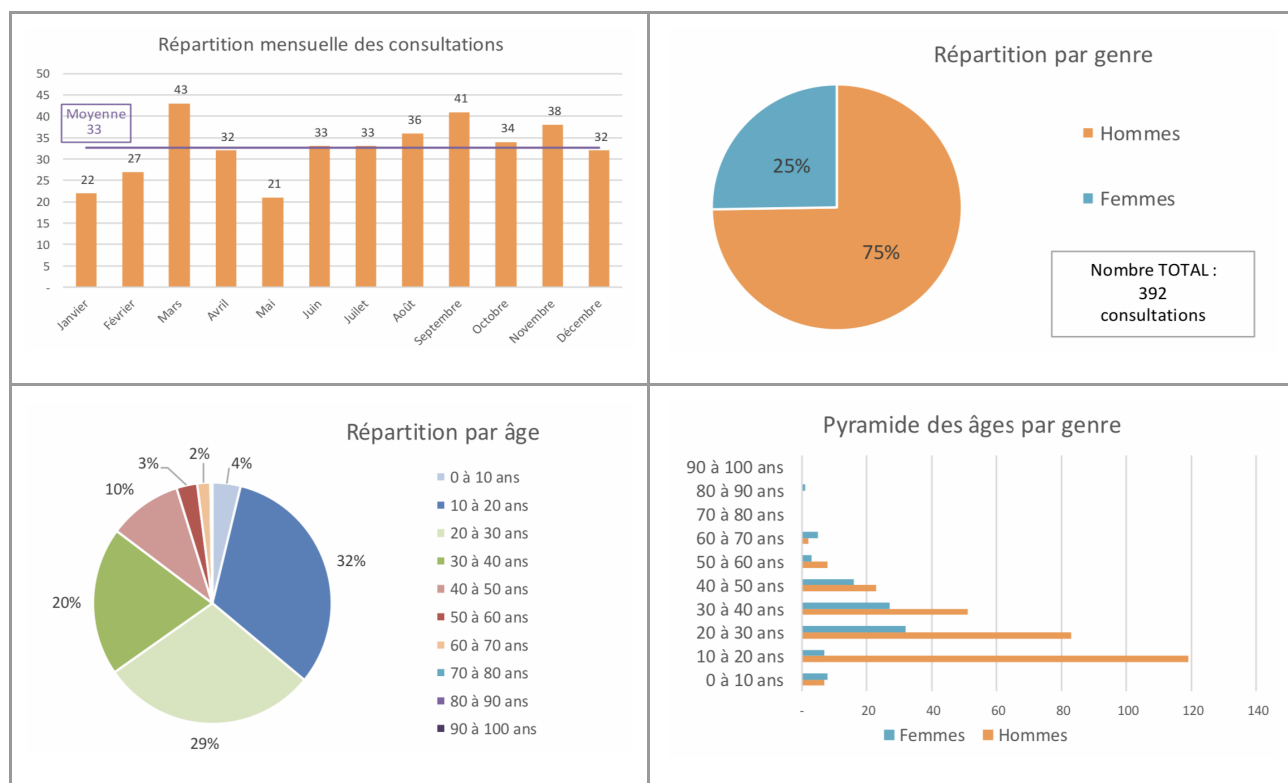
4.2. Comparaison avec l'activité de l'année 2018

En comparant les informations obtenues lors de l'analyse de l'activité en 2019 avec celle de l'activité en 2018, on retrouve en grande partie les mêmes conclusions : des patients relativement jeunes, avec une moyenne d'âge de 26 et 27 ans et en majorité masculin, avec environ 75% d'hommes.

Le nombre de patients ayant consultés dans le cadre de la PASS a augmenté, avec 392 patients en 2018, contre 568 en 2019. Pourtant, le nombre d'actes est similaire, avec 689 actes en 2018 et 699 en 2019. Ces chiffres peuvent s'expliquer par le nombre plus important de consultations en urgence ou par moins d'actes réalisés pendant une même séance en 2019.

Une comparaison plus poussée n'est pas possible en l'absence d'informations sur les actes réalisés en 2018.

Tableau 24 : Graphiques sur l'analyse de l'activité de la PASS en 2018



Conclusion

Ce qui ressort le plus de cette analyse est l'augmentation du nombre de patients entre 2018 et 2019. Les autres paramètres analysés sont semblables et amènent aux mêmes conclusions.

Cette augmentation chaque année du nombre de patients se présentant aux urgences dentaires montre l'importance de ce service et soulève le problème de la prise en charge des urgences dentaires par les chirurgiens-dentistes libéraux ainsi que celui des patients n'ayant pas de dentiste traitant.

Cette absence de dentiste traitant peut venir des difficultés que rencontre le patient à trouver un cabinet acceptant de nouveaux patients, des difficultés financières ou le manque d'intérêt que le patient porte à sa santé bucco-dentaire, du fait du manque de sensibilisation ou de prévention dans son enfance et son environnement.

En effet, nous remarquons que beaucoup de patients consultant les urgences reviennent plusieurs mois après sans avoir fait les soins préconisés lors du dernier passage. Ce phénomène génère un nombre important de consultations qui auraient pu être évitées.

De plus, le dispositif de la PASS permet de pallier en partie aux problèmes d'accessibilité aux soins mais ne concerne malheureusement qu'une faible partie de la population consultant les urgences.

Un autre problème soulevé par l'augmentation du nombre de patients est un souci matériel et logistique. On observe déjà une surcharge du service les jours de grande fréquentation, malgré le transfert des urgences au Centre de Soins Dentaires en août et lors des vacances de décembre. La question se pose des difficultés que pourrait engendrer l'absence d'un nombre suffisant de fauteuils dans le service pour prendre en charge tous les patients dans un délai acceptable.

Cette surcharge peut être à l'origine des biais observés lors de l'étude : dossiers non suffisamment renseignés, cotations oubliées, etc.

Bibliographie

1. Cavaillon J-P, Girard P, Noto R. Manuel des urgences en pratique odontostomatologique. Masson; 1988.
2. Douleur [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
3. Valat V. Analyse multifactorielle de l'activité de l'UF des urgences dentaires du CHU de Lyon. 2019.
4. Gardes dans le Rhône dimanches et jours fériés - Ordre Chirurgiens Dentistes Rhône [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.chirurgiensdentistes-ordre69.org/spip.php?article2>
5. Associés- CH et. Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires [Internet]. HOUDART et ASSOCIÉS. 2013 [cité 22 Juill 2020]. Disponible sur: <https://www.houdart.org/comite-departemental-de-laide-medicale-urgente-de-la-permanence-des-soins-et-des-transports-sanitaires/>
6. Code de la santé publique - Legifrance [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665
7. Code de déontologie - Ordre Chirurgiens Dentistes Rhône [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
8. Marc Guen. Les urgences au service d'odontologie du CHRU de Brest : prise en charge et analyse statistique. Autre [q-bio.OT]. 2012. ffdumas-00777429
9. Nicolas Martenot. Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. ffdumas-01207345f
10. Bernard D, Magloire H, Vialle F. Le stress du côté des urgences dentaires lyonnaises. . 2013.
11. Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a01-175/a01-1751.html>
12. Ministre des affaires sociales et de la santé. Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf
13. Qu'est ce qu'une PASS ? [Internet]. appassra, Association des PASS Rhône Alpes. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.appassra.org/les-pass/qu-est-ce-qu-une-pass/>
14. ARS. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>

15. Prédine-Hug F. Approche rationalisée des urgences bucco-dentaires : guide pratique. Ed. S.I.D; 2009
16. Vallaëys K, Chevalier V, Arbab-Chirani R. Traumatisme dentaire. :25. Chapitre 44, urgences 2013 SFMU
17. Sixou Jean-Louis Robert Jean-Claude. Traumatismes des dents. Rennes. Université de Rennes. 2007. 140p
18. Naulin-Ifi C, Andre M, Bahi S, Barthelemi S. Traumatologie clinique : de la théorie à la pratique. Espace ID; 2016.
19. Boucher Y, Cohen E, Azerad J. Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir : prévention chez le patient à risque. Éditions CdP-Wolters Kluwer; 2007. (Collection JPIO).
20. Lafon A, Larras P, Ahossi V. Urgences odontologiques. EMC - Médecine Urgence. 2018;13(1):1-22.
21. Toledo Arenas R, Descroix V. Urgences odontologiques. Elsevier Masson; 2010.
22. College National Enseignants Odontologie Conservatrice CNEOC. Fiches de procédures. 2012.

WALSCHAERTS Axelle - Unité fonctionnelle des Urgences Dentaires et de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Lyon : Analyse de l'activité de l'année 2019 et Comparaison avec l'année 2018

Résumé :

Les Urgences odontologiques sont rarement des urgences vitales mais elles peuvent être invalidantes par les douleurs qu'elles engendrent ou les séquelles qui en découlent. Ces urgences sont responsables d'une grande partie des motifs de consultations du chirurgien-dentiste. Leur prise en charge est faite par des structures publiques et privées.

Les services accueillant les urgences dentaires sont peu souvent sujet à un bilan de leur activité. L'unité fonctionnelle des urgences dentaires du CHU de Lyon, l'une de ces structures, a fait l'objet d'une étude sur son activité en 2018 pour une meilleure connaissance de sa fréquentation et des soins réalisés.

Suite au changement de son organisation en septembre 2018, une étude de son activité de janvier à décembre 2019 a été menée afin d'objectiver les changements ou les similitudes entre les deux années.

Dans un premier temps, l'organisation et le cadre juridique des urgences dentaires sont détaillés, puis une classification des principales urgences. Enfin, une analyse des résultats de l'étude de l'activité du service en 2019 est faite ainsi qu'une comparaison avec ceux de l'année 2018.

L'unité fonctionnelle des urgences dentaires du CHU de Lyon fait également partie du réseau de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). L'organisation et le cadre juridique de ce réseau sont pareillement décrits et une analyse de la PASS dentaire faite.

Mots clés :

Urgences dentaires
CHU Lyon
Analyse de l'activité

Jury :

Président :
Assesseurs :

Monsieur le Professeur J. Christophe FARGES
Monsieur le Professeur Cyril VILLAT
Monsieur le Docteur François VIRARD
Madame le Docteur Julie SANTAMARIA

Adresse de l'auteur :

Axelle WALSCHAERTS
98 Avenue Pierre Brossolette
69500 BRON